dossier | **vroeginterventie**

 Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15 | 1030 Brussel | T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Auteur

Geert Verstuyf, stafmedewerker VAD

Redactie

Inge Baeten, stafmedewerker VAD
Ilse Beirnaert, stafmedewerker VAD
Mia De Bock, stafmedewerker VAD
Nadine Roose, stafmedewerker VAD

Layout cover
www.epo.be

Verantwoordelijke uitgever
F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
wettelijk depotnummer: D/2004/6030/13
© 2007



DE DRUGLIJN
078-15-10-20



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be

Inhoudstafel

Inleiding

Verschillende auteurs hebben de laatste decennia het klassieke zwart-wit denken over verslaving in vraag gesteld en aangetoond dat problematisch middelengebruik een procesmatig beloop kent met verschillende graden van ernst. Deze ondertussen ingeburgerde continuüm-opvatting impliceert dat de aanpak van problematisch middelengebruik ruim en gedifferentieerd moet zijn: de doelstelling en intensiteit van de interventies moet afgestemd zijn op de actuele noden, vragen en mogelijkheden van de individuele cliënt. Dit impliceert ook dat de aanpak niet langer alleen een zaak is voor de gespecialiseerde alcohol- of drughulpverlening, maar bij uitbreiding ook voor de eerstelijnsgezondheidszorg, de welzijnszorg en andere relevante sectoren die goed geplaatst zijn om vroegtijdige interventies te doen nog vóór er sprake is van een ernstige problematiek.
Ook vanuit de overheid wordt in beleidsnota's het belang van vroeginterventie onderstreept, worden er strategieën ontwikkeld en pilootprojecten ondersteund.
We mogen dan ook hopen dat vroeginterventie meer en meer zijn plaats zal innemen als schakel tussen preventie en hulpverlening, in het globale aanbod naar problematisch middelengebruik.

In het voorliggend dossier staan we uitgebreid stil bij het belang van vroeginterventie naar de doelgroep met riskant en/of problematisch middelengebruik en wordt het begrip afgebakend binnen een globaal en gedifferentieerd aanbod. Basisingrediënten van vroeginterventie zoals screening en het bevorderen van motivatie en zelfcontrole worden uitgebreid belicht. Voor wie geïnteresseerd is in de wetenschappelijke evidentie van deze interventies is er een ruim literatuuroverzicht over de effectiviteit en kosten-effectiviteit van vroegtijdige en kortdurende interventies vanuit de verschillende sectoren. Tenslotte wordt stil gestaan bij de knelpunten en mogelijkheden om deze innovatieve methodiek te implementeren op het werkveld.

Een wetenschappelijk onderbouwd dossier maken over vroeginterventie is geen gemakkelijke klus om diverse redenen; de term staat niet voor een specifieke behandelvorm maar overkoepelt een heterogene groep van werkvormen en initiatieven die in verschillende sectoren hun toepassing vinden, de term vroeginterventie is in Vlaanderen ingeburgerd maar wordt in de recente wetenschappelijke literatuur weinig gebruikt en door de veelal impliciete toepassing van vroeginterventie door professionelen die dagelijks in contact komen met de doelgroep vinden we daarvan weinig beschrijvende laat staan onderzoeksliteratuur terug. Over kortdurende interventies bij alcoholproblemen vonden we een massa literatuur, over vroegtijdige interventies bij illegaledrugproblematiek was onze vondst mager, er was ook een groot verschil in omvang tussen literatuur die vroeginterventie beschrijft vanuit medisch-klinische settings en deze vanuit maatschappelijke voorzieningen. Deze verschillen zorgen dan ook voor een zeker onevenwicht in de literatuurstudie.

1. Wat verstaan we onder vroeginterventie?

Het is niet eenvoudig om 'vroeginterventie' te definiëren. Het is een verzamelnaam voor werkvormen en methodieken die zich op het grensvlak tussen preventie en hulpverlening bevinden.
Om tot begripsafbakening te komen deden we een ruime literatuursearch en gebruikten we volgende zoektermen: *vroeghulp, minimale interventies, vroeginterventie, vroegsignalering, early intervention, early detection, minimal intervention, brief intervention, screening, alcohol, illegale drugs, substance abuse en substance related disorders.* We zochten in volgende databanken; *Medline, Cochrane database van systematic reviews, PsychInfo, National Guideline Clearing House, Web of Science en de VAD-bibliotheek.*

Met **"interventies"** bedoelen we methodologisch onderbouwde acties die professionelen uit de welzijns- en gezondheidssector en andere relevante sectoren (o.a onderwijs) toepassen met de bedoeling personen met riskant of problematisch middelengebruik te identificeren en hen te motiveren tot gedragsverandering.
Met **"vroeg"** bedoelen we dat de interventies plaats vinden op een moment dat er nog geen sprake is van een gediagnosticeerde stoornis (misbruik of afhankelijkheid van een middel) ondanks tekens, klachten en symptomen van potentieel problematisch middelengebruik. Vroege tekens, klachten of symptomen zijn (CDHAC, 2000);

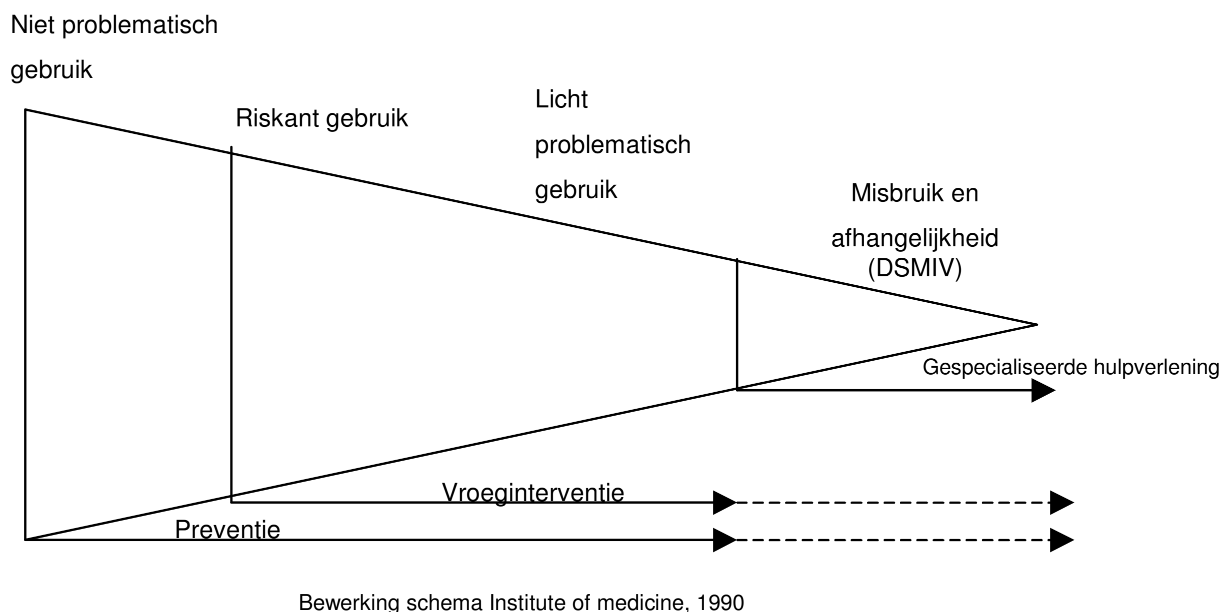
- Minder in aantal dan vereist bij de diagnose van een stoornis (volgens de DSM-IV of de ICD 10)
- Een kortere periode aanwezig dan voor een diagnose vereist is
- Minder intens en verstorend dan bij een diagnosticeerbare stoornis het geval is.

Riskant gebruik" wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie in de "Lexicon of Alcohol and Drugs" (WHO, 1994) gedefinieerd als; " Een gebruikspatroon dat het risico op schadelijke gevolgen voor de gebruiker verhoogt. Deze gevolgen kunnen zich zowel op fysiek, mentaal als sociaal vlak situeren."
De term 'riskant gebruik' werd voor het eerst beschreven in een invloedrijk WHO-rapport van Edwards et al (1981) maar het is geen diagnostische term in de ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) of DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (APA,1994).
Wat alcoholgebruik betreft refereert deze categorie naar iedereen die meer drinkt dan de aanbevolen grenzen (21 eenheden per week voor mannen en 14 éénheden per week voor vrouwen; Royal Colleges, 1995). Personen met een patroon van 'binge' drinken (> 60 gram alcohol per gelegenheid) lopen eveneens een verhoogd risico op schade ook al overschrijden ze niet de veilige wekelijkse hoeveelheid.
Problematisch gebruik beschouwen we als een complex proces dat verloopt in stadia en soms maar lang niet altijd evolueert naar een stoornis zoals misbruik of afhankelijkheid aan een middel. Problemen en/of schade die gepaard gaan met het gebruik van een middel kunnen van fysieke, psychische of sociale aard zijn en worden beïnvloed door de individuele gevoeligheid, de mate, duur en wijze van gebruik, de combinatie met andere producten, eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en directe en indirecte omgevingsfactoren. Problemen en/of schade kunnen evolueren en variëren in verschillende graden van ernst tot een **"aan een middel gebonden stoornis"**. Volgens de DSM-IV (APA, 1994) kan men spreken van stoornissen *door* het gebruik van een middel (intoxicatie, onthouding, delirium psychose, amnesie, slaapstoornis e.a) en stoornissen *in* het gebruik van een middel (misbruik en afhankelijkheid).

Bij ‘misbruik van een middel’ is er sprake van een dermate ernstig druggebruik dat er problemen ontstaan bij het uitvoeren van de belangrijkste levenstaken, dat er gevaarlijke activiteiten ondernomen worden, of dat er legale en sociale problemen ontstaan. ‘Afhankelijkheid van een middel’ slaat op een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie of meer van de zeven criteria die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen, bijvoorbeeld tolerantie, onthouding, meer gebruiken dan men van plan was,….

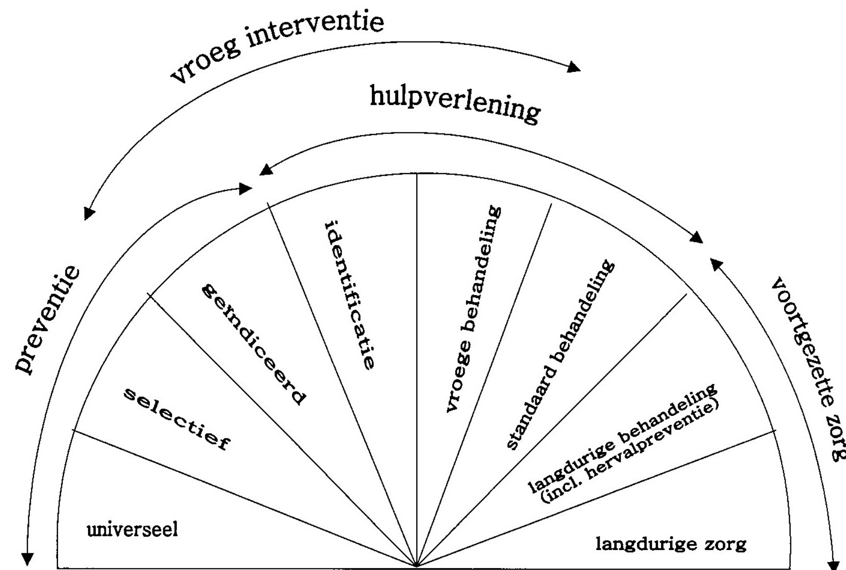
Bijlage 1; de volledige DSM-IV definities van misbruik en afhankelijkheid van een middel

Figuur 1.



Bewerking schema Institute of medicine, 1990

Plaatsen we vroeginterventie op het spectrum van interventies vanuit de geestelijke gezondheidszorg (Mrazek & Haggerty, 1994) dan begint deze bij geïndiceerde preventie en eindigt bij vroege behandeling. Vroeginterventie bevindt zich dus op het ‘vage’ grensvlak van preventie en behandeling. Dit grensvlak kan niet anders dan vaag zijn want het is vaak moeilijk exact te bepalen of er sprake is van een riskant, problematisch gebruik dan wel van een klinisch relevante stoornis. (van der Stel, 2004)



Bron: naar Mrazek & Haggerty (1994).

Schema bewerkt in 'Promotion, Prevention and Early intervention-A Monograph. (Commonwealth Department of Health and Aged care, 2000)

Noot:

In 1994 stelde het Institute of Medicine een nieuwe structuur voor om preventie in te delen in universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Deze nieuwe structuur richt zich meer op de doelgroep dan op de inhoud of de doelstellingen van preventie i.t.t de oudere opdeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Universele preventie is gericht op de algemene bevolking of een deelpopulatie die niet geïdentificeerd is op basis van een individuele risicofactor. Dit zijn bijvoorbeeld massamediale campagnes voor de gehele bevolking of schoolgerichte interventies, waarbij alle leerlingen ongeacht hun risicostatus benaderd worden.

Selectieve preventie is gericht op hoogrisicogroepen zoals bijvoorbeeld kinderen van verslaafde ouders.

Geïndiceerde preventie is gericht op individuen die wel tekens, klachten of symptomen hebben van potentieel problematisch middelengebruik, maar die (nog) niet voldoen aan diagnostische criteria zoals beschreven in de DSM-4 criteria. Vroege tekens, klachten of symptomen zijn (CDHAC, 2000 a);

- *Minder in aantal dan vereist bij de diagnose van een stoornis (volgens de DSM-IV of de ICD 10)*
- *Een kortere periode aanwezig dan voor een diagnose vereist is*
- *Minder intens en verstorend dan bij een diagnosticeerbare stoornis het geval is.*

Identificatie: getrapt proces van screening, assessment(meer gedetailleerde beschrijving van de problemen en aanzet voor behandelingsplan) en diagnostiek.

Vroege behandeling: kortdurende interventie, holistisch van aard met veel aandacht voor omgeving van de cliënt en minder intensief dan een standaard behandeling

Standaard behandeling:toepassing van effectieve, evidence-based behandelingsmodellen bij personen met een gediagnosticeerde stoornis.

Langdurige behandeling en zorg: interventies gericht naar personen bij wie de stoornis blijft duren en gericht op terugvalpreventie, rehabilitatie en kwaliteit van het leven.

Uiteraard zullen vroegtijdige interventies vanuit de 'stepped-care' benadering een lagere intensiteit hebben en minder lang duren dan een standaard behandeling. Vanwege dit laatste aspect wordt in de internationale literatuur meestal de term 'Brief Intervention' (BI) gebruikt waarbij het dikwijls gaat over korte gestructureerde interventies bij alcoholproblemen die variëren van een minimale tijdsinvestering van enkele minuten tot 4 à 5 sessies van een uur. Heather (2004) maakt in zijn theoretische beschouwingen een onderscheid tussen 'Opportunistic Brief Interventions' (OBI) uitgevoerd door niet-specialisten bij een doelgroep die geen hulpvraag

stelt omtrent hun alcoholgebruik en 'Brief Therapy' (BT) die aangeboden wordt in gespecialiseerde centra voor personen die reeds hulp zoeken voor problematisch alcoholgebruik (nvdr; soms onder druk van school, ouders , partner, justitie e.a)
De betreffende literatuur maakt duidelijk dat "Brief Interventions" een verzamelnaam is voor een heterogene groep van interventies die variëren in lengte, structuur, doelgroep, doelstellingen, intensiteit, echelonnering, communicatiekanaal en onderliggende theorie. Naarmate men deze groep van interventies een meer theoretische onderbouw wil geven en op effectiviteit wil onderzoeken zal het noodzakelijk worden een duidelijker onderscheid te maken in de toepassingsmodaliteiten. Een negatief gevolg van deze onduidelijke afbakening is dat onderzoeksresultaten te gemakkelijk gegeneraliseerd (kunnen) worden.
Een definitie van BI die goed aanleunt bij onze invulling van vroeginterventie is: "*Brief interventions are those practises that aim to investigate a potential problem and motivate an individual to begin to do something about his substance abuse, either by natural, client-directed means or by seeking additional substance abuse treatment. The basis goal of any brief intervention is to reduce the risk of harm that could result from continued use of substances. Brief therapy is a systematic, focussed process that relies on assessment, client engagement and rapid implementation of change strategies.*"
(Kirsten et al,2003)
De keuze die men doet om een groep van interventies te benoemen is weliswaar arbitrair maar aangezien de meeste varianten van BI gemeen hebben dat ze zo vroeg mogelijk willen ingrijpen in een proces van riskant tot matig problematisch middelengebruik kiezen we voor de overkoepelende term vroeginterventie en niet voor "brief interventions" of "kortdurende interventies" (ook al zijn de meeste vormen van vroeginterventie kortdurend).
Onze keuze voor deze term wordt dus vooral bepaald door het tijdstip waarop en de doelstelling van waaruit de interventie wordt aangeboden terwijl de term 'Brief Intervention' vooral bepaald wordt door de tijdsduur en de context van de interventie.
Een andere reden om voor de term vroeginterventie te kiezen is dat 'Brief Interventions' in descriptief en experimenteel onderzoek tot nu toe vooral geassocieerd wordt met problematisch alcoholgebruik en we in dit dossier de toepassing ook willen uitbreiden naar ander problematisch middelengebruik. De literatuur omtrent BI is tot op heden vooral medisch-klinisch ingevuld; door deze term te kiezen zouden we ook onrecht doen aan al de initiatieven vanuit andere maatschappelijke voorzieningen.

We definiëren vroeginterventie als alle methodologisch onderbouwde acties die professionelen uit de welzijns- en gezondheidssector en andere relevante sectoren toepassen met de bedoeling personen met riskant of problematisch middelengebruik zo vroeg mogelijk te identificeren, hen te motiveren tot gedragsverandering en verder te ondersteunen bij deze veranderingstrategie. De doelstelling van vroeginterventie is het reduceren van de (risico's op) schade die bij het verder zetten van dit gebruikspatroon (zou) optreden.

2. Wat is het belang van vroegtijdige interventies bij problematisch middelengebruik?

In onze huidige Westerse samenleving, waar alcohol- en druggebruik ingebed zijn in de maatschappij is het voorkomen van alle problemen ten gevolge van middelengebruik een illusie. De meeste mensen gebruiken genotmiddelen uit positieve overwegingen, zonder zichzelf of anderen daarbij schade te berokkenen, kortom op een niet-problematische manier. Bij een minderheid van de bevolking evolueert dit gebruik naar een riskante of problematische vorm. De problemen die ontstaan kunnen zich uiten in verschillende vormen zoals problemen rond veiligheid, gezondheid en sociale- en justitiële problemen en in verschillende graad van ernst. Wanneer mensen met een afhankelijkheidsprobleem in de gespecialiseerde hulpverlening terecht komen, is de problematiek doorgaans reeds vele jaren aanwezig. Wat alcohol betreft duurt het vaak meer dan tien jaar voor de diagnose wordt gesteld (Schuckit, 1993). Aangezien een onbehandeld afhankelijkheidsprobleem de neiging heeft om alsmaar toe te nemen is het dan ook van groot belang dat riskant en problematisch gebruik zo vroeg mogelijk gedetecteerd en aangepakt wordt om de voortschrijding en de daarmee gepaard gaande schade te voorkomen en de prognose te begunstigen.
Het spreekt voor zich dat hoe vroeger men optreedt in het proces van problematisch middelengebruik, hoe groter de perspectieven op gedragsverandering en de kans op herstel (Babor, 1996). De mogelijkheden van de betrokkene om gedragkeuzes te maken zijn nog groter dan wanneer er sprake is van een middelengerelateerde stoornis. De relatie met de directe omgeving is ook nog niet in die mate verstoord zodat partner, ouders, vrienden e.a in het verdere verloop een ondersteunende en beschermende rol kunnen spelen.

De meeste mensen die op een riskante of problematische manier middelen gebruiken zijn niet gekend door gezondheidswerkers. Wat alcohol betreft zijn er in België ongeveer 500.000 mensen die op problematische manier alcohol drinken (nvdr; het gaat om personen die meer dan 4 (vrouwen) of 6 (mannen) glazen alcohol per dag drinken en daarmee een hoog risico lopen op gezondheidsproblemen). Van de personen met een alcoholgerelateerde stoornis vindt slechts 16 % de weg naar de hulpverlening (De Donder, 2006).
Er is dan ook nood aan vroegtijdige interventies die op een offensieve manier iedere kans te baat nemen om het gebruik bespreekbaar te maken en zo mogelijk gedragsverandering te initiëren. Vroegtijdig ingrijpen kan gebeuren naar aanleiding van verschillende situaties zoals absenteïsme en slecht functioneren op werk of school, conflicten in het gezin, gezondheidsklachten, overmatig gebruik in het verkeer, experimenterend druggebruik, e.a.
Nog te dikwijls heerst bij welzijns- en gezondheidswerkers de opvatting dat men eerst de fase van 'hitting the bottom' moet doormaken vooraleer het inzicht en de motivatie komen. Voor deze stelling bestaat echter geen enkele evidentie. Integendeel, het risico van een onvruchtbare kanteling van "nog niet gemotiveerd" naar "niet meer te motiveren", vormt dé valkuil van deze zienswijze, omdat de motieven voor gedragsverandering negatief beïnvloed kunnen worden door het verloop en de voorvallen in de probleemgeschiedenis. Waardevolle doelen van enkele jaren terug dreigen steeds minder energie te kunnen losmaken, terwijl middelengebruik progressief sterker wordt gewaardeerd en in steeds meer situaties als copinggedrag wordt gehanteerd (Verstuyf & Tack, 2004).
Hulpverleners halen vaak verschillende redenen aan waarom ze nauwelijks toekomen aan vroegtijdige interventies zoals: "tijdsgebrek", "te weinig deskundigheid", "te gevoelig onderwerp om te bespreken", "alcohol- en drugsproblemen zijn voor de gespecialiseerde hulpverlening" en "de impact van zulke interventies op verslaafden is klein".

In tal van onderzoeken werd aangetoond dat deskundigheidsbevordering in het herkennen van de signalen, gekoppeld aan een attitudeverandering van de hulpverlener, een duidelijke toename betekende van het aantal gevallen van problematisch gebruik dat onderkend werd (Matthys, 2004).

Aanbieden van vroegtijdige interventies die afgestemd zijn op riskante en problematische gebruikers hebben het voordeel dat ze meer aanvaardbaar zijn voor de doelgroep dan een intensieve klassieke behandeling. Vroegtijdige interventies zijn immers van kortere duur en niet zo ingrijpend in het dagelijks leven van de gebruiker.
Aangezien bij de populatie die hulp zoekt bij professionele welzijns- en gezondheidswerkers de kans op problematisch middelengebruik groter is dan in de algemene bevolking (Royal College of Physicians, 1987) en problematische middelengebruikers frequenter hulp zoeken in eerstelijnsvoorzieningen dan in gespecialiseerde diensten (Institute of Medicine, 1990) is er een grote consensus dat de toepassing van vroeginterventie in de eerstelijnsgezondheidszorg moet gepromoot worden.
De troeven van de eerstelijn om vroeginterventie toe te passen zijn divers (VAD, 2005):

- Meestal is er al een vertrouwensrelatie opgebouwd met de cliënt (en het gezin)
- Laagdrempelige en niet-stigmatiserende werking
- Mogelijkheid om er vroeg bij te zijn

Een bijkomend voordeel is dat vroegtijdige interventies op dit echelon door een ruimere groep hulpverleners en voorzieningen kunnen aangeboden worden en goedkoper uitvallen dan een gespecialiseerd hulpverleningsaanbod (Heather, 1986; Effective Health Care Team, 1993).
Ten slotte streven we vanuit een ‘stepped-care’-principe steeds naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm die rekening houdt met de aard en de ernst van de problematiek en met de hulpvraag van de cliënt. Op die manier blijft er ook meer tijd en middelen over voor personen bij wie het probleemgebruik al naar een ernstiger vorm geëvolueerd is.

3. Wat beschouwen we als basisingrediënten van vroeginterventie ?

3.1 Opsporing, identificatie en taxatie van riskant en/of problematisch gebruik.

3.1.1 Herkennen van signalen

Vroegtijdige detectie van riskant of problematisch middelengebruik is de basis waarop verdere interventies zich enten.
Bij aanmelding of een eerste contact gebeurt het zelden dat de cliënt spontaan begint te vertellen over zijn gebruik, laat staan over de gerelateerde problemen. Hij/zij percipieert zijn gebruik doorgaans niet als riskant of problematisch. Meestal zijn het mensen uit de directe leefomgeving die door een globale gedragsverandering, fysieke signalen of toevallige vondsten vaak als eerste een vermoeden krijgen van gebruik of risicogebruik. Het is dan ook meestal de directe omgeving die zich als eerste zorgen maakt, de last draagt en iets aan de situatie wil veranderen. Niet zelden wordt dan een beroep gedaan op welzijns- en gezondheidswerkers in de hoop een deskundigheidsoordeel te krijgen omtrent de ernst of een advies voor verder te ondernemen acties.
Vroegdetectie kan best gebeuren vanuit de eerstelijn waar echter nog veel terughoudendheid bestaat om deze problematiek aan te pakken omwille van diverse redenen (zie p.2). Het gevaar is niet denkbeeldig dat men vanuit deze onmacht een negatieve attitude ontwikkelt ten aanzien van deze doelgroep waardoor het nog moeilijker wordt om deze problematiek bespreekbaar te maken.
Het is belangrijk dat de hulpverlener alert is voor en weet heeft van de signalen die kunnen wijzen op riskant of problematisch middelengebruik.
We geven hieronder een overzicht mee van signalen die indicatief kunnen zijn voor problematisch alcohol- en/of druggebruik. We hebben ze onderverdeeld in gedragsobservaties, fysieke signalen en attributen van het gebruik die men soms vindt. Het is belangrijk dat niet te snel conclusies worden getrokken uit éénmalige gedragsobservaties; bij problematisch middelengebruik ziet men meestal een globale gedragsverandering over een bepaalde periode. Sommige signalen kunnen ook wijzen op andere dan alcohol- of drugproblemen.
Onderstaande lijst mag zeker niet als exhaustief beschouwd worden en de afwezigheid van deze items is geen garantie dat de persoon in kwestie niet op een riskante of problematische manier alcohol of drugs gebruikt.

Globale gedragsverandering over een bepaalde periode

- Minder functioneren op school
- Minder functioneren op het werk
- Absenteïsme en veelvuldig te laat komen
- Verminderde eetlust
- Verheimelijken
- Verlies van eerdere hobby's en interesses
- Veranderde vriendenkring
- Financiële problemen
- Stemmingschommelingen, prikkelbaarheid
- Agressie
- Ontnemen van rijbewijs, veelvuldig verkeersongevallen
- Vallen, kneuzingen, brandwonden
- Familiale conflicten
- Gebrek aan hygiëne

- Angst
- Slaapproblemen
- Cognitieve problemen
- Verhoogde zorgconsumptie
- Herhaalde dronkenschap of toestand van intoxicatie
- Herhaald grensoverschrijdend gedrag na gebruik (verkeer, seksueel)
- Concentratie en coördinatiestoornissen
- ….

Fysieke signalen en/of klachten

- Intoxicatie
- Onthoudingsverschijnselen
- Verwijde of vernauwde pupillen
- Littekens (prikken) en infecties
- Alcoholgeur
- Insulten met onduidelijke reden
- Maag- en darmklachten
- Cardiovasculaire stoornissen en hypertensie
- Vermoeidheid en algemene malaise
- Gewichtsverandering
- ….

Attributen

- Lege flessen
- Spuiten
- Zilverpapiertjes
- Poedertjes
- Afgescheurde stukjes karton
- Zwartgebakerde lepeltjes
- Lege medicatiestrips
- ….

3.1.2 Screening.

Met de cliënt een gesprek aanknopen en de betekenis van bovenstaande signalen bespreken is een eerste stap en noodzakelijk om vermoeden van probleemgebruik hard te maken of om verkeerde conclusies uit te sluiten.
Na herkenning van bovenstaande signalen en/of biologische markers die wijzen op riskant gebruik en/of eventuele bijkomende informatie vanuit de directe omgeving kan men problematisch middelengebruik op een meer gestructureerde manier trachten te determineren aan de hand van screeningsinstrumenten.
De term screening is afkomstig uit de preventieve gezondheidszorg. Het staat voor het onderzoeken van een in principe gezonde populatie om asymptomatische gevallen van een ziekte of aandoening op het spoor te komen, in de veronderstelling dat deze aandoening in een vroeg stadium beter te behandelen is. Assessment is intensiever van aard en voorziet in een meer gedetailleerde beschrijving van de problemen en gaat tegelijkertijd gepaard met de ontwikkeling van een behandelingsplan.

Screening gaat assessment en diagnosestelling vooraf (Peters & Bartoi, 1997). Aangezien het percentage van riskante of probleemgebruikers bij de doelgroep dat zich aanmeldt bij welzijns- en gezondheidswerkers groter is dan bij de algemene bevolking is het zinvol om middelengebruik te bevragen of een screening uit te voeren.
Screening kan reeds helpen uitmaken of er verder onderzoek nodig is om tot een diagnose te komen, of een kortdurende interventie volstaat of dat een doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening aangewezen is.
Om een grote doelgroep te kunnen screenen is het nodig dat we beschikken over éénvoudige, korte en kosteneffectieve instrumenten waarbij grote aantallen vals positieve en vals negatieve resultaten vermeden worden. Een instrument mag niet te sensitief zijn want dan krijgen we teveel vals positieve resultaten, het mag ook niet te specifiek zijn want dan krijgen we teveel vals negatieve resultaten.
Om te screenen kan je ofwel de cliënt rechtstreeks op een niet-veroordelende manier bevragen omtrent zijn gebruik of gebruik maken van een gestructureerde vragenlijst. Medici kunnen in het screeningsproces gebruik maken van labo-testen om recent middelengebruik of correlerende ziektebeelden op te sporen. Drugs en de metabolieten ervan zijn terug te vinden in zowat alle lichaamsvochten (bloed, urine, zweet, speeksel) en in stukjes haar. Alcohol is de enige drug die ook in ademlucht kan opgespoord worden. Deze biologische markers kunnen voor de huisarts een uitstekende aanleiding zijn om het gebruik te bevragen en kort advies te geven omtrent gezondheidsrisico's.
Men is spontaan geneigd biologische markers als meer objectieve informatie te beschouwen en dus ook als meer doorslaggevend op de besluitvorming maar onderzoek van Aertgeers (2001) toont aan dat bij het screenen van problematisch alcoholgebruik de sensitiviteit en specificiteit van vragenlijsten zoals de CAGE en de FIVE-SHOT (zie verder) hoger liggen dan van bloedonderzoeken. Bovendien kunnen met vragenlijsten grotere groepen bereikt worden, kunnen ze ook door niet-medici afgenomen worden en zijn ze veel goedkoper dan bloedtesten. Onderzoek toont aan dat op een directe maar niet veroordelende manier de cliënt bevragen rond frequentie en hoeveelheid van wekelijks gebruik een effectieve manier is om de doelgroep van riskante drinkers te identificeren (Adams, Barry & Fleming, 1996).
Sommige hulpverleners vinden het niet comfortabel om cliënten op een directe manier te bevragen naar hun middelengebruik, een alternatief hiervoor is een indirecte bevraging die kadert in een algemene bevraging naar leefgewoonten en leefstijl. (van Emst, 1997). *"U bent van plan om iets te doen aan uw gewicht. Hoe is het met uw gebruik van alcohol?"*
Screening kan vanuit veel verschillende settings en door verschillende beroepsdisciplines gebeuren. Afhankelijk van de voorkennis en de betreffende test kan vorming en training nodig zijn.
De toepassing van een screeningsinstrument bestaat meestal uit ofwel een mondeling interview of uit een vragenlijst die de cliënt schriftelijk invult (zgn. zelfrapportage). Beide methodieken hebben voor- en nadelen. Een schriftelijke vragenlijst neemt minder tijd in beslag, is gemakkelijk toe te passen, kan gebruikt worden voor toepassingen met de computer en levert accurate antwoorden. Een interview geeft mogelijkheden om een woordje uitleg te geven, kan toegepast worden bij analfabete cliënten en geeft mogelijkheden voor feedback.

Wat alcoholgebruik betreft zouden idealiter alle cliënten die zich nieuw aanmelden bij de huisarts kunnen gescreend worden op riskant of problematisch alcoholgebruik. Vragen naar het gebruik van alcohol kunnen kaderen in een algemene bevraging naar gezondheidsgedrag waarin roken, voedings- en bewegingspatronen bevraagd worden. Screening kan ook geïntegreerd worden in een routine medisch onderzoek en bij het voorschrijven van medicatie waarbij er interacties zijn met alcohol. Wanneer routinescreening praktisch niet mogelijk is zou men zich kunnen richten op bepaalde groepen:

- op basis van leeftijd (adolescenten)
- geslacht (jonge en volwassen mannen)
- patiënten met specifieke symptomen, diagnoses
- op basis van bloed- en urinetestresultaten die wijzen op risico
- specifieke risicogroepen

3.1.2.1 Screening bij riskant of problematisch alcoholgebruik

Vragenlijsten

Er zijn heel wat goede en betrouwbare screeningsinstrumenten om riskant en problematisch alcoholgebruik te detecteren. We geven een kort overzicht van gevalideerde instrumenten die in Vlaanderen gebruikt worden. Sommige vragenlijsten zijn met het verwerkingsprotocol in bijlage te vinden achteraan dit dossier.

De **AUDIT** (Alcohol Use Disorders Identification Test) werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie (Saunders, 1993) voor gebruik in de eerstelijns gezondheidszorg. Het instrument wordt wereldwijd op grote schaal gebruikt en is veelvuldig onderzocht geweest in verschillende settings en bij verschillende bevolkingsgroepen.
De test is zeer geschikt voor het identificeren van riskant gebruik maar minder voor ernstige vormen zoals misbruik en afhankelijkheid. De AUDIT bevat 10 vragen; 3 vragen over alcoholconsumptie, 4 vragen over alcoholgerelateerde problemen en 3 over symptomen van afhankelijkheid.
De test is goed bruikbaar in medische en psychiatrische settings, in spoedopname- en bedrijfsgeneeskundige diensten.
De AUDIT heeft een sensitiviteit van 38 tot 94 % en een specificiteit van 66 tot 90%. Een Vlaamse versie werd ontwikkeld door Aertgeerts (2001)
Bijlage 2.

Kortere versies van de AUDIT zijn ontwikkeld voor het gebruik in omstandigheden waar er niet genoeg tijd is om de volledige AUDIT af te nemen: de **FAST** (Fast Alcohol Screening Test) en de **AUDIT-C** (eerste 3 vragen van de AUDIT)) die beiden even effectief blijken te zijn als een afname van de volledige AUDIT (Gual et al, 2002).
De FAST, ontwikkeld in Engeland voor gebruik in Algemene Ziekenhuizen en spoedopnameafdelingen bestaat uit 4 vragen heeft een sensitiviteit van 93% en specificiteit van 88% (Hodgson, 2003)
Een groot voordeel van de FAST is dat 1 vraag uit deze test, "Hoe vaak drink je 8 of meer éénheden per gelegenheid?" voor mannen en "Hoe vaak drink je 6 of meer éénheden per keer?" voor vrouwen, een goede filter is voor het verder bevragen. De FAST detecteert op basis van deze ene vraag meer dan de helft van de cliënten voor riskant drinken (met een accuraatheid van 95%).

De **CAGE** (Ewing, 1984) is een lijst met 4 vragen waarop enkel met ja of nee moet worden geantwoord. Vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. De test werd frequent geëvalueerd en toont een sensitiviteit van 43 tot 93% (Fiellin, 2000) voor alcoholproblemen. Een nadeel van de CAGE is dat laag maar riskant alcoholgebruik niet gedetecteerd wordt. Bovendien zou de test voor vrouwen minder aangepast zijn (Steinbauer, 1998) De CAGE is bruikbaar voor maatschappelijk werk en kan deel uitmaken van een algemene screeningslijst of interview. CAGE is een acroniem voor: C – Cut down, A – Annoyed, G – Guilty, E – Eye-opener.
Bijlage 3

Een vergelijkbare test is de **FIVE-SHOT** (Seppa, 1998; Vlaamse versie, Aertgeerts, 2001) waarvan de eerste twee vragen uit de AUDIT komen, de laatste drie uit de CAGE.
In een onderzoek binnen de Vlaamse huisartsenpraktijken (Aertgeerts, 2001) werd driekwart van de mannelijke en ongeveer tweederde van de vrouwelijke cliënten met een alcoholprobleem opgespoord door de cliënt systematisch deze vijf vragen te stellen.
De test is eveneens opgenomen in bijlage 4

De **MAST** (Michigan Alcoholism Screening Test), een 24-items vragenlijst wordt reeds lang gebruikt in de eerstelijn. Om de toepasbaarheid te vergroten werd een kortere versie ontwikkeld met 13 items (SMAST) die nog altijd een specificiteit heeft van 70% en een sensitiviteit van 80 %. Zoals de naam van de test suggereert is hij beter geschikt om afhankelijkheid te detecteren dan riskant of licht problematisch gebruik.

Omdat (excessief) alcoholgebruik tijdens de zwangerschap verschillende nadelige gevolgen kan hebben voor de ongeboren foetus is screening zeer belangrijk.
Twee instrumenten werden ontwikkeld voor het screenen op riskant en schadelijk alcoholgebruik bij zwangere vrouwen; de **T-ACE** (Sokol et al., 1989) en de **TWEAK** (Russell, 1994). Beide vragenlijsten duren ongeveer één minuut.
Deze instrumenten blijken in onderzoek een hogere specificiteit en sensitiviteit te hebben bij zwangere vrouwen dan de MAST en de CAGE en zijn dus meer geschikt voor gebruik bij deze doelgroep (Russell, 1994)
Bijlage 5 en 6.

Biologische markers (Matthys, 2004)

Een mogelijk nadeel van vragenlijsten is dat ze gebaseerd zijn op zelfrapportage en daardoor niet altijd even accuraat; er kan onder- of overschatting zijn van het gebruik of een cognitieve defect zoals een geheugenstoornis waardoor het antwoord onbetrouwbaar word.
Sommige biologische parameters zijn in die mate gevoelig voor alcoholmisbruik dat het zinvol is deze te onderzoeken om overmatig alcoholgebruik te bevestigen, leverbeschadiging vast te stellen en ook om het succes van de behandeling te evalueren.

Bloed Alcohol Concentratie (BAC): volgens de hoogte van de BAC en de omstandigheden waarin deze gemeten wordt, heeft men statistische aanduidingen om van een alcoholintoxicatie te kunnen spreken. Het alcoholgehalte in het bloed kan door een bloedafname of via een ademtest gemeten worden. Deze testen zijn belangrijk op urgentiediensten en bij onvoorziene ingrepen of hospitalisaties. Ze kunnen ook een aanduiding geven over alcoholgewenning, bvb wanneer iemand geen tekenen van dronkenschap vertoont en een BAC heeft van > 1,5‰ .
Om als screeningsinstrument gebruikt te worden in een eerstelijnsdienst heeft deze test een te lage sensitiviteit en specificiteit.

Gamma-Glutamyl Tranferase (GGT) is de meest gebruikte labtest. Dit door de lever afgescheiden eiwit wordt in verhoogde mate geproduceerd bij langdurig alcoholmisbruik. Chronisch drinken van vier of meer glazen per dag gedurende vier tot acht weken doet de bloedspiegels ervan significant stijgen. Ze normaliseren weer na vier à vijf weken abstinentie (Allen,J.P.et al,2001). Bij zware chronische drinkers in de herstelfase wordt deze test soms gebruikt om tijdens de abstinentie eventueel herval te detecteren. De test is echter niet erg specifiek omdat GGT ook

gestegen is bij niet-alcoholische leverschade, bij gebruik van medicatie en bij sommige metabole stoornissen. Ook de ASpartaat-AminoTransferase (ASAT) en de ALanine-AminoTransferase (ALAT) kunnen verhoogd zijn bij een alcoholische hepatitis maar ook bij andere aandoeningen.

Mean Corpuscular Volume (MCV) is een index die verwijst naar het volume van de rode bloedcellen. Deze index neemt wegens het toxisch effect van alcohol op het beenmerg, toe bij excessief alcoholgebruik na vier à acht weken.
Gezien de lage sensitiviteit is deze test op zich geen goede indicator. In combinatie met andere testen heeft hij zijn plaats omdat de MCV bij abstinentie langer verhoogd blijft.

Carbohydraat-deficiënt Transferrine (CDT) is een eiwit waarvan de bloedspiegel stijgt na één à twee weken excessief drinken. Het is specifieker dan GGT maar de sensitiviteit is niet zo groot bij vrouwen en bij adolescenten. Daarenboven is de test vrij duur.
Omdat deze test vooral interessant is wanneer de waarden over de tijd vergeleken worden is hij vooral bruikbaar als ondersteunende feedback of om herval te detecteren.

Bij alcoholafhankelijkheid ziet men vaak een verhoging van de HDL-Cholesterol. Wanneer tegelijkertijd de GGT verhoogd is, wijst dit in 75% van de gevallen op overmatig alcoholgebruik (Wetterling, 1996)

3.1.2.2 Screening bij riskant of problematisch gebruik van illegale drugs.

Gezien de prevalentie van gebruik van illegale drugs in de algemene bevolking aanzienlijk minder is dan die van alcohol is een ruime toepassing van screening, zoals in de huisartsenpraktijk bij alcohol, niet vereist, tenzij er sprake is van bepaalde signalen of symptomen die kunnen wijzen op problematisch gebruik van illegale drugs. (cfr. overzicht signalen)
De illegale status van het gebruik bemoeilijkt de bespreking ervan en daardoor ook het inschatten van de risico's en de ernst van aanwezige problematiek. Sommige hulpverleners beschouwen illegaal druggebruik per definitie als problematisch en abstinentie als enig alternatief (Sullivan et al, 1997). Door de taboesfeer rond drugs bestaat bij eerstelijnswerkers niet zelden de vrees om het contact met de cliënt te verliezen als het gebruik ter sprake komt. Vragen naar druggebruik koppelen aan vragen naar alcoholgebruik levert soms goede resultaten op omdat cliënten dat als minder bedreigend beschouwen (Sullivan et al, 1997).
Het ter sprake brengen van opgemerkte gedragsveranderingen, verminderd functioneren of relationele problemen is een meer vruchtbare ingangspoort om druggebruik te bespreken dan de harde confrontatie met bewijsmateriaal voor het gebruik. Deze laatste optie zal de weerstand en ontkenning van de cliënt alleen maar vergroten. Gesprekken met de bedoeling om de bewustwording en motivatie van de cliënt te vergroten focussen dus best niet louter op het druggebruik.
Bij sommige vormen van gebruik (cannabis) zullen somatische complicaties veeleer zeldzaam zijn en zullen aangrijpingspunten voor een gesprek sowieso in de psychosociale context moeten worden gezocht: gedragsveranderingen, relationele conflicten, vastlopen op verschillende levensterreinen, negatieve ervaringen na experimenteren, enzovoort.
Als de cliënt in een open en niet-bedreigend gesprek zijn gebruik bevestigt, kan men nadien een uitgebreidere druganamnese afnemen of screening doen.

Vragenlijsten

The Drug Abuse Screening Test **(DAST)** is een goed gevalideerd kort screeningsinstrument dat ontwikkeld werd in Canada (Skinner, 1982) en gebaseerd is op de MAST (28-items).
Hij werd ontwikkeld om personen te screenen op problematisch illegaledruggebruik in de laatste 12 maanden op basis van een 20- of 10 items versie, met vragen te beantwoorden met "ja" of "neen". Sommige vragen peilen ook naar afhankelijkheid. Het invullen van de test neemt niet meer dan 5 minuten in beslag en de toepassing vereist geen specifieke opleiding van de hulpverlener.
De DAST heeft een sensitiviteit van 96 % en een specificiteit van 80 % (Maly, 1993).
Bijlage 7

In Vlaanderen werd de DAST-20 aangepast tot LSD (Limburgs Screeningsinstrument Drugs). Aan de hand van 29 vragen, die door de cliënt worden ingevuld kan men nagaan of iemand experimenteert met illegale drugs of op een problematisch manier gebruikt.
Er is tot op heden geen onderzoek gepubliceerd naar de psychometrische kwaliteiten van de LSD.
Bijlage 8

Twee korte vragenlijsten werden afgeleid van de bestaande CAGE en MAST: de CAGE-Adapted to Include Drugs **(CAGE-AID)** en de SMAST-Adapted to Include Drugs (**SMAST-AID)** (Tracy L.McPhersson, 2000). Ze bevatten dezelfde items als de oorspronkelijk vragenlijst maar werden aangepast om zowel alcohol- als drugproblemen te screenen.
Bijvoorbeeld, de vraag uit de CAGE 'Hebt u zich ooit slecht of schuldig gevoeld omtrent uw drinkgedrag?" wordt 'Hebt u zich ooit slecht of schuldig gevoeld omtrent uw drinkgedrag of druggebruik?"
Vergelijkend onderzoek wijst uit dat de voorkeur uitgaat naar de CAGE-AID omdat de sensitiviteit van de SMAST-AID niet hoog genoeg is voor druggebruik (Brown & Rounds , 1995). Beide screeningsinstrumenten lijken ook niet sensitief genoeg bij vrouwen.
Ondanks de tekortkomingen geven de auteurs toch aan dat de CAGE-AID kan gebruikt worden als screeningsinstrument in de eerstelijn.
Toch blijft er nood aan de ontwikkeling van een valide en betrouwbaar instrument (met voldoende specificiteit en sensitiviteit) om riskant druggebruik op te sporen vanuit de eerstelijn.

Naar analogie met de AUDIT heeft een internationale groep van onderzoekers in opdracht van de Wereld Gezondheidsorganisatie een instrument ontwikkeld om middelengebruik te screenen vanuit de eerstelijn; de Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (**ASSIST)** (the WHO ASSIST Working Group, 2002). Psychometrisch onderzoek heeft reeds uitgewezen dat de ASSIST een betrouwbaar en valide instrument is, weliswaar nog in onderzoeksomstandigheden. De waarde van dit instrument in de dagelijkse praktijk van de eerstelijn wordt momenteel geëvalueerd. Eén van de voordelen van dit instrument is zijn cross-culturele validiteit, doordat het in alle werelddelen onderzocht is geweest. Doordat het instrument naast 'ooit-gebruik' ook recent gebruik screent is het geschikt om aanbevelingen te doen voor directe acties, die gelinkt zijn aan de resultaten, zoals bij de AUDIT.
De Assist v3.0 telt 8 te bevragen items en kan afgenomen worden in minder dan 5 minuten. Er is op dit moment nog geen gevalideerde Nederlandstalige versie beschikbaar.
Bijlage 9

Bij vroeghulp vanuit de gespecialiseerde hulpverlening zijn er goede instrumenten om een meer gedetailleerd beeld van de ernst van de problematiek te krijgen.

In 1980 werd de **Addiction Severity Index** (ASI) ontwikkeld (McLellan), een semi-gestructureerd interview met de bedoeling de ernst van het problematisch middelengebruik in kaart te brengen. In 1995 werd een Europese versie, de **EuropASI** ontwikkeld (Kokkevi et al, 1995). In Vlaanderen wordt vooral in de gespecialiseerde drughulpverlening met dit instrument gewerkt en werd in 1996 zelfs een Vlaamse versie van de EuropASI ontwikkeld (Raes et al, 2004).
Via een mondeling interview tracht men een differentiatie aan te brengen in de ernst van de problematiek vanuit een dimensionaal concept. Men vertrekt vanuit 6 dimensies of leefgebieden:

- Lichamelijke gezondheid
- Arbeid, inkomen, opleiding
- Alcohol- en druggebruik
- Justitie
- Sociale en familiale situatie
- Psychische, emotionele, psychiatrische toestand

De ernstscore wordt uitgedrukt in een schaal van 0 tot 9 en wordt zowel bepaald door objectiveerbare gegevens door de hulpverlener als door de zelfbeoordeling van de cliënt omtrent inschatting van de ernst.
Het geheel van de scores geeft een overzichtelijk profiel van de gebieden waar geen of weinig problemen zijn en waar er werk aan de winkel is.
De EuropASI wordt ook gebruikt in wetenschappelijk onderzoek om populaties te beschrijven en evaluatieonderzoek te doen.

Vergelijkbaar met de ASI werd in 1989 een instrument voor adolescenten ontwikkeld; de Adolescent Drug Involvement Scale **(ADAD)** (Friedman & Utada, 1989). Het is ontwikkeld om informatie te krijgen over de leefwereld van de adolescent, attitude, gevoelens en gedrag dat verband houdt met het alcohol- en druggebruik van de jongere. Het is een semi-gestructureerd interview dat 9 levensgebieden evalueert: medisch, school, tewerkstelling, sociaal, familiaal, psychologisch, juridisch, alcohol en illegale drugs. Het instrument is gevalideerd en er bestaat sinds kort ook een Vlaamse versie van.

De toepassing van de Europ-ASI en de ADAD is niet echt afgestemd op vroeginterventie vanuit de eerstelijn vanwege de tijdsinvestering (1 uur) en de noodzaak aan training om met dit instrument te werken. Doordat cliënten in de eerstelijn zich meestal nog in de voorbeschouwing- of beschouwingfase bevinden is het ook moeilijk om hun problemen op de verschillende leefgebieden in kaart te brengen.

Biologische markers

Voor het opsporen van illegale drugs is er de laatste decennia veel technologische vooruitgang geboekt waardoor de mogelijkheden tot toepassing ervan zowel in de klinische als juridische setting uitgebreid worden. Denken we maar aan het testen op zweet, speeksel en stukjes haar. De keuze van de test zal bepaald worden door een aantal factoren zoals kostprijs, gebruiksvriendelijkheid van de test, procedures voor staalafname en het detectievenster (de periode waarin men druggebruik kan detecteren).

Zo wordt in de klinische praktijk in Vlaanderen vooral gebruik gemaakt van urinetests om te screenen op illegale drugs. Bloedonderzoek heeft een te korte detectieperiode; de meeste drugs zijn uit het bloed verdwenen of kunnen niet meer gemeten worden na 12 uur of minder; testen op zweet , speeksel of stukjes haar gebeurt enkel in gespecialiseerde labo's en valt te duur uit (DuPont, 2004).
Voor het opsporen van drugs in de urine onderscheiden we 2 types; de screeningtest en de chromatografische test. De eerste is vergelijkbaar met een zwangerschapstest: er wordt een beetje urine op het testje gedruppeld. Vervolgens is het afwachten of er streepjes verschijnen om na te gaan of de test werkt en wat het resultaat is. Een positief resultaat geeft een eerste aanwijzing van druggebruik. Sommige screeningtests sporen één bepaalde drug op maar er zijn ook tests op de markt die de meest voorkomende drugs tegelijk opsporen. De belangrijkste beperking van screeningtests is dat ze soms vals-positieve resultaten opleveren. De test is niet specifiek genoeg (hij spoort enkel groepen van drugs op) waardoor bijvoorbeeld mensen kunnen positief scoren op opiaten ten gevolge van het gebruik van voorgeschreven medicijnen, en zo de verkeerde indruk wekken heroïne te hebben gebruikt. Om een resultaat te bevestigen gebeurt er best een chromatografische test in een labo, deze levert het meest betrouwbare resultaat op.

Men dient bij de staalafname alert te zijn voor vervalsing en daarom best toezicht te houden. Vooraf veel water drinken kan het resultaat beïnvloeden. Bij een vermoeden van verdunning van de urine kan een creatininebepaling nuttig zijn.
Een urinetest zegt natuurlijk niet alles over het druggebruik, laat staan dat het daar een oplossing voor biedt. Het is een momentopname die weinig of geen informatie geeft over het gebruikspatroon en de motieven voor het gebruik. Onoordeelkundig gebruik (schending beroepsgeheim, geen toestemming van de cliënt) kan de therapeutische relatie schaden zodat een 'open communicatie' over het gebruik net onmogelijk wordt.

Een schema met de detectieperiodes van drugs en drugmetabolieten in urine is te vinden achteraan het dossier.
Bijlage 10.

Vragenlijsten om veranderingsbereidheid te meten.

Voor het inschatten van motivatie tot gedragsverandering bij alcohol- en andere drugproblemen verwijzen wij naar 2 instrumenten waarvan een Nederlandstalige versie bestaat:

- ✓ de Nederlandstalige versie van de Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D)(L.Defuentes.Merillas et al, 2002) Dit is een vragenlijst met 12 items die kan afgenomen worden voor de begeleiding start als tijdens het verloop. De afname van de test duurt maar enkele minuten en de test blijkt betrouwbaar en valide.
  Bijlage 11
- ✓ De University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), Nederlandse vertaling (URICA-NL) (de Jonghe et al, 2002).
  Deze vragenlijst werd zeer generiek opgesteld waardoor ze kan gebruikt worden voor zowel problematische middelengebruik als voor psychische stoornissen. In een recente studie van De Wilde et al (2007) werd dit instrument aanbevolen bij het screenen van gedetineerden naar middelenmisbruik en psychopathologie.

3.2. Motivatiebevordering en het aanleren van “zelfcontrole”-technieken

Feedback en advies geven.

Feedback geven is informatie teruggeven over wat je als hulpverlener opmerkt of via gesprek te weten bent gekomen over het gebruik en het gedrag van de cliënt. De hulpverlener kan zijn bezorgdheid uiten over het gebruik van de cliënt of beter nog door motiverende vraagstelling de bezorgdheid en twijfels bij de cliënt verhogen zodat vanuit de cliënt vragen ontstaan naar advies. Dus geen last ‘aanpraten‘ en de cliënt overtuigen met ‘verpletterend’ bewijsmateriaal, maar de cliënt zelf de last laten verwoorden in uitspraken die een zelfmotiverend effect hebben. Dit gebeurt best aan de hand van open, uitlokkende vragen:
“Welke zaken in verband met je alcoholgebruik zou jij , of je familie, kunnen zien als een reden van bezorgdheid?”
“Welke voordelen zou het opleveren als je stopt met dagelijks cannabis te gebruiken?”

Om zichzelf een idee te kunnen vormen van de risico’s en gevolgen van het gebruik en de mogelijkheden om er iets aan te doen is het natuurlijk belangrijk dat de cliënt op een objectieve manier informatie krijgt. Deze informatie kan de vorm aannemen van een advies dat min of meer gestructureerd kan zijn in vorm en tijd. In de literatuur spreekt men dan over ‘Minimale Interventie’ of ‘Kortdurend adviesgesprek’ die meestal beschreven wordt in het kader van een opportunistische screening bij riskant alcoholgebruik. Deze interventie duurt niet langer dan 5 à 10 minuten. Hulpverlener en cliënt stellen samen het drinkpatroon vast en bespreken hoe zich dat verhoudt tot consumptieniveaus in de algemene bevolking. De hulpverlener bespreekt de potentiële gezondheidsproblemen van het drinken en helpt om doelen vast te stellen voor een verandering van het drinkgedrag. Naast het formuleren van een advies wordt aan de cliënt meestal ook een bijkomende folder of brochure meegegeven.
Het is belangrijk dat het advies in een motiverende interactiestijl gebeurt. Een moraliserende of veroordelende houding van de hulpverlener is hierbij niet effectief. Naast de inhoud en de wijze waarop dit advies wordt gegeven is een juiste timing en dosering van de ingebrachte informatie belangrijk. Dit om de weerstand niet te vergroten. Te dwingende adviezen leiden veelal net tot het wegduwen van de aangebrachte inhoud. Antwoorden van de cliënt als *“Wat weet jij over drugs, je hebt er toch zelf nooit gebruikt!”* of het niet nakomen van gemaakte afspraken zijn tekenen van weerstand bij de cliënt.
Bij een zwaardere problematiek of het uitblijven van voldoende effect van dit kort advies kan de hulpverlener informatie geven over meer gespecialiseerde vormen van behandeling.

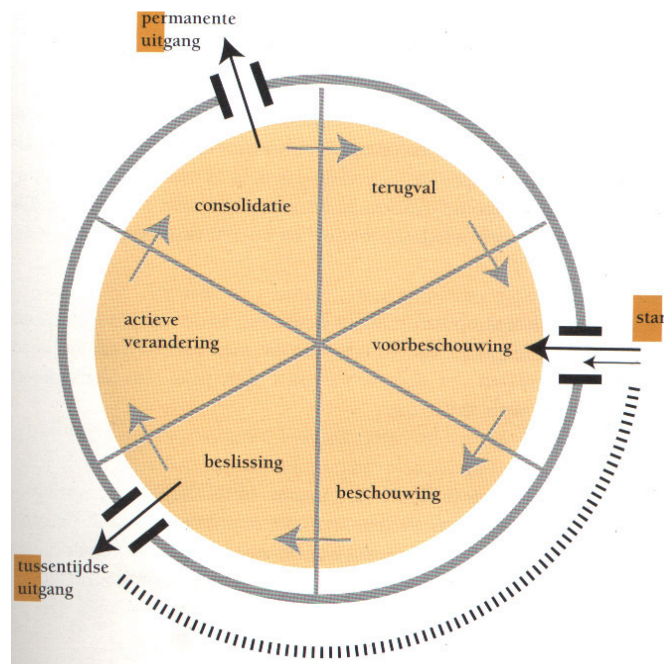
Motiverende Gespreksvoering.

Het meest fundamentele aspect van vroeginterventie is beïnvloeden van de motivatie zodat er gedragsverandering op gang kan komen. Gedragsverandering kan zowel gericht zijn op gecontroleerd gebruik, verminderen van gebruik als op abstinentie.
Om een cliënt gemotiveerd te krijgen iets aan zijn gedrag te veranderen zijn een aantal condities nodig; de cliënt moet voldoende lijdensdruk ervaren (maar nog hanteerbaar), hij moet inzicht hebben in zijn eigen gedrag en de gevolgen ervan, er moet een gevoel van competentie zijn en de cliënt moet zicht hebben op de weg naar een gedragsalternatief (Verstuyf & Tack, 2004).

Welzijns- en gezondheidswerkers zijn er lang van uitgegaan dat motivatie een statisch gegeven is; de cliënt is wel of niet gemotiveerd, waarop je als hulpverlener weinig vat hebt.

Het **transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente** (1983) is van groot belang geweest om hulpverleners hun kijk op 'ongemotiveerde' cliënten te herkaderen. Zij leverden een fenomenologie in zes stadia van de wijze waarop mensen veranderen, met of zonder inschakeling van een hulpverlener. Het fasenmodel beschrijft het hele traject dat iemand tijdens een veranderingsproces doorloopt, van voor het moment dat hij zijn probleem onderkent tot en met de gestabiliseerde hantering er van.

Figuur 3 : De stadia van gedragsverandering (Prochaska en Diclemente, 1992)



In de eerstelijn ziet men vooral cliënten die zich in de eerste drie stadia van het model bevinden; voorbeschouwing, beschouwing en beslissing (zie fig.) wat op zich niets zegt over de ernst van de problematiek.
Het is belangrijk dat aan elk stadium van gedragsverandering specifieke interventies gekoppeld worden die "passend" zijn op de inhoud van wat de cliënt aangeeft en op zijn timing (zie verder).
Het werkmodel van motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 1991) biedt een referentiekader aan hulpverleners voor een interactiestijl die afgestemd is op de verschillende stadia van gedragsverandering en motiverend werkt. Motiverende gespreksvoering is een cliëntgerichte, directieve methode om te bevorderen dat de cliënt intrinsiek gemotiveerd wordt tot verandering, door ambivalentie te verkennen en op te lossen.
Het is een verdere ontwikkeling van de cliëntgerichte benadering van hulpverlening zoals ze door Rogers werd ontwikkeld (Rogers, 1959). De methodiek is cliëntgericht want helemaal gericht op de actuele zorgen en belangen van de cliënt en directief want de gespreksvoering stuurt doelbewust aan op het oplossen van ambivalentie, vaak in een bepaalde richting van verandering. Motiverende gespreksvoering wordt echter niet gebruikt om verandering af te

dwingen die niet met de eigen waarden en normen van de cliënt overeenstemt.

Miller en Sanchez (1994) vatten de zes werkbare elementen van die motiverende aanpak samen in het acronym FRAMES (van Emst, 1997).

***F**eedback:*
Een cliënt moet in ieder geval goed op de hoogte zijn van zijn gezondheidstoestand om te kunnen beoordelen in hoeverre er sprake is van een probleem. Het is belangrijk om de cliënt objectieve informatie te verstrekken, zodat hij over zijn situatie kan gaan nadenken.
***R**esponsibility:*
Onder deze noemer wordt de eigen verantwoordelijkheid benadrukt. Het is de eigen keuze van de cliënt om te minderen of te stoppen met gebruik.
***A**dvice:*
Een duidelijk advies kan helpen een beslissing te nemen en/of uit te voeren. Het kan ook dat de cliënt zelf om advies vraagt, bijvoorbeeld welke hulpverleningsmogelijkheden er bestaan.
***M**enu:*
Hoewel een eenduidig advies voor sommige personen een goede manier is om een beslissing te nemen, is het in de meeste gevallen beter om een aantal keuzemogelijkheden aan te bieden. Iemand kan dan kiezen voor de optie die het beste aansluit bij zijn of haar leefsituatie.
***E**mpathy:*
Het empatisch vermogen van de hulpverlener is een essentieel element in het motiveren tot gedragsverandering. Een warme, reflectieve en niet-veroordelende houding is veel effectiever dan een agressieve, confronterende en dwingende houding.
***S**elf-efficacy:*
Het versterken van het zelfvertrouwen van de cliënt is een voorwaarde voor een succesvolle gedragsverandering.

Miller benadrukt dat motiverende gespreksvoering veel meer een interactiestijl, een basishouding is dan de toepassing van een reeks communicatietechnieken. Om deze basishouding te operationaliseren gaan Miller en Rollnick (2005) uit van vier algemene principes:

1. Druk empathie uit
    - Aanvaarding schept mogelijkheden voor verandering
    - Vakkundig reflectief luisteren is fundamenteel
    - Ambivalentie is normaal
2. Ontwikkel discrepantie
    - Niet de hulpverlener, maar de cliënt moet de argumenten voor verandering aandragen
    - Verandering wordt gemotiveerd door de waargenomen discrepantie tussen huidig gedrag en belangrijke doelen of waarden
3. Beweeg mee met de weerstand
    - Vermijd discussie
    - Weerstand hoeft niet te worden bestreden
    - Nieuwe perspectieven worden uitgelokt, maar niet opgelegd
    - De cliënt is de primaire bron van antwoorden en oplossingen
    - Weerstand is een signaal voor de noodzaak van een andere reactie
4. Ondersteun persoonlijke effectiviteit
    - Als de cliënt gelooft dat verandering mogelijk is, is dat een belangrijke motivator.
    - De cliënt, niet de hulpverlener, is verantwoordelijk voor het kiezen en uitvoeren van verandering.

- Als de hulpverlener zelf gelooft in het vermogen van de ander om te veranderen, wordt dat een self-fulfilling prophecy.

Een bespreking van alle gesprekstechnieken die binnen een motiverende benadering bruikbaar zijn valt buiten het bestek van dit dossier maar de recent vertaling van het standaard werk van Miller en Rollnick levert hiervoor de nodig informatie (Miller & Rollnick, 2005).
De aanvankelijke bedoeling van motiverende gespreksvoering was de persoon voor te bereiden op verdere behandeling door veranderingsbereidheid en behandeltrouw te bevorderen. Na onderzoek, vooral in de alcohol- en drugsector bleek dat er na een paar sessies gedragsverandering optrad, soms ook zonder dat er sprake was van voortgezette behandeling. Doordat motiverend advies kort en gericht kan worden uitgevoerd is deze methodiek een noodzakelijk ingrediënt voor vroege interventies bij riskant en problematisch middelengebruik.

Hieronder volgt een overzicht van de verschillende fases van gedragsverandering waarin de cliënt zich kan bevinden. Daarop aansluitend geven we enkele aanbevelingen voor de hulpverlener om in de verschillende stadia "passende" interventies te doen met de bedoeling het veranderingsproces te beïnvloeden.

De voorbeschouwingsfase:

De cliënt onderkent zelf helemaal geen probleem, maar de mensen uit zijn omgeving wél. Het zijn de anderen die dramatiseren. Ontkenning en minimalisering van het gebruik en de problemen zijn kenmerkend voor deze fase. Intenties die gericht zijn op verandering lokken bij de cliënt hevige weerstand uit .
Wat kunt u doen?

- ✓ Leg contact met de cliënt en tracht dit te behouden.
- ✓ Cliënten komen in eerste instantie met een ander probleem aandragen. Vertrek van het 'verhaal' van de cliënt: wat geeft de persoon zelf als probleem aan? Verhoog het bewustzijn van de eigen probleemsituatie. Kom tot een probleem of hulpvraag die de cliënt zelf definieert, ook al is dit niet dezelfde als de probleemperceptie van zijn omgeving.
- ✓ Zoek in het verhaal van de cliënt aanknopingspunten voor problematisch middelengebruik. Doe het besef van het mogelijk verband met het gebruik van alcohol/drugs toenemen.
- ✓ Schat de impact van een mogelijk alcohol- of drugprobleem op verschillende levensterreinen in en breng de gevolgen van problematisch alcoholgebruik in kaart.
- ✓ Ondersteun het gevoel van eigenwaarde bij de cliënt en doe dit toenemen.

Merkt u enige openheid bij de cliënt om het middelengebruik te bespreken, geef dan heel vrijblijvend informatie mee. Doe dit nog niet als u bij de cliënt nog veel weerstand vaststelt.

De beschouwingsfase:

De cliënt weet dat er problemen zijn, maar kan (nog) niet tot verandering beslissen. Er heerst een uitgesproken ambivalentiegevoel ("Ja, maar.", "Zal ik het doen, zal ik het niet doen ?"). De cliënt twijfelt nog over de uiteindelijke balans van de voor- en nadelen van de gedragsverandering en over het feit of hij dit wel zal aankunnen.

Wat kunt u doen?

- ✓ Help de weegschaal van voor- en nadelen in de richting van verandering te doen doorwegen.
- ✓ Ontlok redenen tot verandering bij de cliënt.
- ✓ Vergroot de bezorgdheid over de situatie bij niet-veranderen.
- ✓ Verminder de angst voor het wegvallen van voordelen en het niet-beschikken over alternatieven.
- ✓ Verhoog het gevoel van zelfefficiëntie om een verandering te realiseren.
- ✓ Lok zelfmotiverende uitspraken uit en laat de bezorgdheid toenemen.
- ✓ Bied de informatie over het probleem neutraal aan en laat de cliënt hieruit zelf conclusies trekken.
- ✓ Laat de cliënt gedurende een periode noteren wat, wanneer en met wie hij drinkt of gebruikt. Dit is een goed hulpmiddel om het bewustzijn te verhogen.

De beslissingsfase:

Nu vindt er een ommekeer plaats in het denken van de cliënt; hij beslist om iets aan zijn probleem te gaan doen of verkiest met z'n gewoonte verder te leven.

Wat kunt u doen?

- ✓ Informeer de cliënt over de mogelijke doelen van de behandeling (totale onthouding, gecontroleerd drinken) en de therapeutische methoden die daaraan gekoppeld zijn.
- ✓ Bekijk samen wat haalbaar en realistisch is voor de cliënt.
- ✓ Laat de cliënt de uiteindelijke beslissing nemen over de weg die hij wil volgen (opname, ambulant, zelfhulp, ...).
- ✓ Het eventuele besluit om niet te veranderen expliciteren en een vervolgafspraak maken om dit in de toekomst te herevalueren.

De actieve veranderingsfase:

De motivatie van de cliënt om definitief te minderen of te stoppen, zal lang niet altijd voldoende zijn om de geplande gedragsverandering te realiseren. Gedragsverandering is meer dan stoppen met het oude gedrag, er zal nieuw gedrag moeten aangeleerd worden. Het zal belangrijk zijn voor de cliënt te weten hoe eraan te beginnen en over voldoende gevoel van competentie te beschikken. Het helpen van de cliënt in het formuleren van tussentijdse doelen kan in deze fase een belangrijke inbreng zijn. De cliënt zal ook over vaardigheden moeten beschikken om effectiever om te gaan met situaties die een risico inhouden om verder te gebruiken.
Doordat vroeginterventie in principe plaatsvindt nog voor er sprake is van een ernstige problematiek en de cliënt meestal nog beschikt over een intact steungevend netwerk dient men ten volle uit te gaan van de aanwezige competenties en veel nadruk te leggen op zelfhulp.
Het is belangrijk de vaardigheden die door de cliënt worden aangewend in periodes en situaties waarin het probleem niet optreedt te versterken. Vanuit het zelfhulpprincipe kunnen folders, brochures of zelfhulpboekjes worden meegegeven aan de cliënt. Deze bevatten naast neutrale, objectieve informatie ook invul- en zelfregistratieopdrachten. Werken met deze methodiek illustreert hoe de cliënt binnen een motiverende benadering meer verantwoordelijk wordt voor de besluitvorming en expert kan worden omtrent zijn eigen gedrag.

Zelhulpboekjes hebben als belangrijkste doel om zelfcontroletechnieken aan te leren. De technieken zijn gericht op het stellen van grenzen en beloning bij het bereikte doel, registratie

van drinkgedrag/gebruik, omgaan met consumptie en sociale druk, het maken van een functionele analyse bij een terugval en het aanleren van copingvaardigheden (Hester, 1995).

Deze boekjes leren cliënten om
- doelstellingen te bepalen omtrent verminderen of stoppen van het gebruik;
- evolutie bij te houden van het proces van gedragsverandering;
- zichzelf te belonen bij vooruitgang;
- nieuwe vaardigheden aan te leren om de gedragsverandering en consolidatie te vergemakkelijken;
- een functionele analyse te maken van het gedrag en de situaties die te maken hebben met gebruik;

Vroeginterventie wordt op deze manier letterlijk meegedragen naar huis. Het aantal reflectiemomenten neemt toe, zonder dat dit de begeleidingstijd extra zwaar belast (Tack, 2004).

Zelfhulpboekjes bestaan in vele maten en kleuren maar bevatten meestal informatie over:
- Product (en)
- Gezondheidsrisico's
- Winst/verlies balans; kan naast belangrijke informatie voor de hulpverlener ook zinvolle leermomenten worden voor de cliënt.
- Zelfregistratie, weekbalans alcoholdagboek
- Besluitvorming en afspraken
- Doelstellingen van de cliënt
- Alternatieven voor gebruik
- Adviezen, zelfbeloning
- Terugvalpreventie
- Doorverwijsmogelijkheden.

In de *consolidatiefase* is het belangrijk vervolgafspraken te maken en de cliënt regelmatig te vragen naar een stand van zaken; de vorderingen, de gevoelens, de knelpunten. Deze contacten zijn ook een aanleiding om een zicht te krijgen op de motivatie van de cliënt; begint hij opnieuw te twijfelen? Geeft hij de moed op? Is er sprake van terugval?
Het is belangrijk de cliënt te ondersteunen in het handhaven van de gedragsverandering. Een schouderklopje of bevestiging van de goede gang van zaken versterkt het competentiegevoel en geeft de cliënt moed om verder te doen.
De principes van motivatiebevordering zoals eerder besproken worden hier best toegepast met de bedoeling de cliënt in de consolidatiefase te houden of hem (opnieuw) naar een hogere fase in de veranderingscirkel te doen evolueren.
Terugval komt vaak voor bij problematisch middelengebruik; het is dan ook niet uitzonderlijk dat cliënten verschillende pogingen moeten ondernemen om te stoppen of te verminderen in gebruik. Terugval is steeds een crisissituatie waarin snel en gericht moet gehandeld worden en waarin schadebeperking in de eerste plaats centraal moet staan. Disfunctionele gedachten zoals "ik ben een vogel voor de kat" of "het zal nooit lukken" met een grote ontgoocheling voor gevolg dienen herkaderd te worden en uit de terugvalsituatie dienen de nodige lessen getrokken te worden om de volgende keer beter gewapend de problemen te kunnen oplossen.
Terugvalpreventie en -interventie vallen buiten het bestek van dit dossier maar 'Vallen en opstaan" van Casselman (1996) vormt een goede introductie voor de zowel de eerstelijnswerker als de gespecialiseerde hulpverlener omtrent dit thema.

Doorverwijzen vanuit de eerstelijn?

Heeft een kortdurende interventie ondanks enkele vervolgcontacten niet de gewenste effecten of is intensere diagnostiek nodig, dan kan een doorverwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening aangewezen zijn.
Is er sprake van afhankelijkheid, psychiatrische comorbiditeit, complexe problematiek of risico's voor complicaties bij ontwenning dan is een doorverwijzing sowieso noodzakelijk. Soms is de directe omgeving, wanneer de situatie onhoudbaar wordt, vragende partij voor een doorverwijzing.
Ook doorverwijzen maakt integraal deel uit van het begeleidingsproces en dient met de nodige zorg te gebeuren. Het is meer dan enkele adressen meegeven. Om de cliënt niet de indruk te geven dat hij afgewezen wordt is het belangrijk het hoe en waarom van deze verwijzing uit te leggen. Het is belangrijk dat de cliënt dit kan horen als een onderbouwd advies en niet het gevoel krijgt voor een voldongen feit te staan.

Als na een doorverwijzing de behandeling door een gespecialiseerde dienst wordt opgenomen hoeft dit nog niet te betekenen dat de rol van de eerstelijnshulpverlener of welzijnswerker is uitgespeeld of de begeleiding volledig uit handen wordt gegeven. Voor sommige deelaspecten van een globaal behandelingsplan zoals nazorg, medische begeleiding, sociale problemen kan de eerstelijn ingeschakeld blijven.

Kortdurende vroeghulp door de gespecialiseerde sector.

In 1994 werd in Nederland de *Doorlichting Voorlichting Alcoholgebruik* (DVA) ontwikkeld (Schippers, Brokken & Otten, 1994): een kortdurende interventie waarin zowel assessment als motivatiebevordering zijn geïntegreerd. De DVA, afgeleid van Miller's *Drinker's Check-Up* (Miller & Sovereign, 1989) bestaat uit een protocol voor twee sessies waarin aan de drinker informatie op maat wordt gegeven in een niet-moraliserende, motiverende gespreksstijl.
In een eerste sessie (Doorlichting) worden de aard en omvang van het alcoholgebruik, de gevolgen ervan en de ervaren problemen vastgesteld. In het protocol van DVA worden hiervoor vragenlijsten, interviews en enkele speciaal geselecteerde psychologische testen aanbevolen. De eerste sessie duurt anderhalf à twee uur. In de tweede sessie worden de gegevens uit de Doorlichting op een motiverende wijze teruggerapporteerd. De voorlichtingssessie duurt ongeveer 1 uur.

Vroeginterventie aangeboden vanuit de gespecialiseerde hulpverlening is meestal een uitgebreide variant van 'Brief Interventions' (Verheul, 1999) en wordt dikwijls kortdurende therapie genoemd. Deze interventies bevatten meestal cognitieve en gedragstherapeutische elementen waardoor ze veel gelijkenis vertonen met wat bekend staat onder de term 'cognitieve gedragstherapie' (CBT) bij verslaving (Rietdijk, 1999). In dit dossier beperken we ons tot interventies die niet langer dan 4 à 5 sessies duren of strikt afgebakend zijn in tijd.
Om uit te maken of de cliënt gebaat is met een kortdurend en minder intensief aanbod dan een klassieke integrale behandeling zal het zeer belangrijk zijn om een goede 'assessment' te doen. Hierin worden de problematiek en de behandelgeschiedenis bevraagd en komen eventuele contra-indicaties systematisch aan bod .
In Nederland werd door de Jellinek in 2000 een protocol 'Leefstijltraining 1 ' ontwikkeld: een kortdurende interventie (4 sessies van 45 minuten, gespreid over 8 weken) waarin de elementen motivering, doorbreken van het gedrag ('zelfcontrole'-training) en terugvalpreventie verwerkt zijn.

Het protocol bevat een handleiding voor de trainer en werkboekje voor de deelnemer. In principe gaat het over individuele sessies met huiswerkopdrachten.
Het doel van de module is het doorbreken van problematisch middelengebruik en is gericht op abstinentie of regulering van het gebruik en het voorkomen van terugval. De interventie concentreert zich op motivatiebevordering en bevat elementen van cognitieve gedragstherapie.
Er gaat een uitgebreid intakegesprek vooraf aan de module om te screenen of de cliënt voldoet aan volgende instroomcriteria:

- Er is sprake van problematisch gebruik van de volgende middelen: cannabis,alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine of er is sprake van gokproblematiek.
- Maximaal 1 keer behandeling voor verslavingsproblemen achter de rug.
- Ernst van de verslaving: EuropASI < 7.
- Ernst van de psychopathologie: EuropASI < 6.
- Er is voldoende sociale integratie: stabiele huisvesting en sociaal contact met niet-gebruikers.
- De cliënt bevindt zich volgens het model van Prochaska en DiClemente in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering.

In Vlaanderen hebben enkele Centra Geestelijke Gezondheidszorg en Ambulante Drugcentra een vroeginterventie aanbod naar jonge riskante en/of probleemgebruikers. Het betreft meestal een groepsaanbod naar jongeren die onder externe druk van school, justitie en/of de directe omgeving doorverwezen worden. Niet zelden vormt het groepsprogamma een aanloop tot een individuele begeleiding met een meer intensieve aanpak van de problematiek.
Deze groepsprogramma's, die begrensd zijn in tijd, beogen vooral inzicht in het eigen gebruik en de gevolgen ervan, motivatiebevordering en psycho-educatie.
In 1998 werd door VAD een draaiboek 'Werkingen met jonge gebruikers in een groepscontext' ontwikkeld dat momenteel met partners vanuit het werkveld herwerkt wordt. Dit pakket is een verwerking van het Britse 'Drug Education for Young Offenders (TACADE, 1994) en biedt methodieken en oefeningen voor begeleiders van groepswerkingen aan in een vormingscontext. Enkele ambulante voorzieningen hebben ook een aanbod naar de ouders .

<u>Uitbreiding van zelfhulp: vroeginterventie via elektronische screening en kortdurende interventie?</u>

Er zijn het laatste decennium veel degelijke onderzoeken gebeurd die ontegensprekelijk de effectiviteit aantonen van vroegtijdige en kortdurende interventies bij problematisch alcoholgebruik (zie p.4). Ondanks deze bemoedigende onderzoeksresultaten geraken "Brief Interventions" moeilijk geïmplementeerd in de eerstelijns- en algemene gezondheidszorg.
Er zijn in België bijna 5 miljoen internetgebruikers wat maakt dat door de aard van dit medium er een enorm potentieel bereik ontstaat om laagdrempelige, altijd beschikbare en goedkope dienstverlening te bieden voor gezondheidsproblemen, gezondheidsgerelateerde thema's en bij uitbreiding riskant en/of problematisch alcohol- en druggebruik. Internetgebruik kan personen helpen hun aarzeling te overwinnen om hun alcohol of ander druggebruik bespreekbaar te stellen en/of er iets aan te doen.
Een persoon kan het internet gebruiken om zich te informeren en zelf actie te ondernemen en/of te communiceren met 'lotgenoten'. Het is ook mogelijk dat een persoon gegevens omtrent zijn middelengebruik doorstuurt en daarna geautomatiseerde of door een hulpverlener verzorgde terugkoppeling op maat krijgt.
Op dit moment lopen nog enkele internationale onderzoeken naar de potentie en effectiviteit van deze interventies die buiten het reguliere hulpverleningscircuit om trachten de doelgroep van (nog) niet gediagnosticeerde of behandelde probleemdrinkers te bereiken. Deze methode (e-SBI:

electronic Screening and Brief Intervention) is veelbelovend en zou aanvullend kunnen zijn voor een bredere implementatie van BI bij problematisch alcoholgebruik.
Bij uitbreiding zou deze strategie (e-SBI) ook kunnen toegepast worden bij riskante en problematische gebruikers van cannabis en stimulantia.

Mogelijke toepassingen van elektronische screening en kortdurende interventie zijn een website, ter plaatse aangeboden computerprogramma's of cd-rom.
Deze methodiek heeft als doelstelling dat mensen hun eigen alcoholgebruik op een anonieme en kosteloze manier kunnen screenen en daarop persoonlijke feedback krijgen.
Deze elektronische op algoritmes gebaseerde feedback geeft informatie over de risico's van het alcoholgebruik, de voordelen van gedragsverandering, geeft advies om actie te ondernemen (zelfhulpprincipes gebaseerd op cognitief- gedragsmatige strategieën) en/of doorverwijsmogelijkheden (indien nodig).
In Nederland hebben verschillende sites een aanbod voor verschillende doelgroepen;voor het algemeen publiek www.drinktest.nl en voor de riskante en problematische drinker www.minderdrinken.nl .
Dezelfde methodiek kan op een computer op specifieke locaties aangeboden worden zoals sociale voorziening van universiteit of hogeschool, bij de huisarts, op de spoedopnamedienst of gewoon als cd-rom/dvd aan de cliënt meegegeven worden.
De beoogde effecten van eSBI zijn:

- Verhogen inzicht in problematisch alcoholgebruik door persoonlijke feedback.
- Verhogen van kennis over de risico's.
- Verhogen van de motivatie om gedrag te veranderen.
- Verhogen kennis van het hulpverleningsaanbod.
- Aanreiken van tools voor gedragsverandering.
- Verminderen of stoppen van het alcoholgebruik.
- Minder negatieve consequenties van problematisch alcoholgebruik.

e-SBI heeft een aantal voordelen in vergelijking met de bestaande toepassing van kortdurende interventies: er is een grotere toegankelijkheid en de methodiek is waarschijnlijk meer kosten-effectief. Bovendien zijn er ook een aantal voordelen t.a.v face-to-face interventies:

- Anonimiteit.
- Minder bedreigend voor riskante drinkers.
- Niet gebonden aan een fysieke locatie (factor afstand speelt niet).
- Beschikbaarheid 24/24uur.
- Geen afspraken of wachtlijsten.
- Objectiviteit en consistentie in de toepassing van de interventie minimaliseert bias in therapeut-cliënt relatie ('een computer vergeet niet en wordt ook niet vermoeid').
- Programma en inhoud van de interventie kunnen centraal aangepast worden door recente informatie of inzichten.
- Mogelijkheid om materiaal te registreren in een database zodat het kan gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden.

In Vlaanderen worden dergelijke elektronische methodieken tot op heden nog niet aangeboden naar deze doelgroep. De DrugLijn biedt wel een e-mailservice aan. Die laat sinds 2004 toe om online vragen te stellen en garandeert een persoonlijk antwoord. Inmiddels wordt één vraag op vier aan De DrugLijn via de e-service gesteld (in concreto ging het in 2006 om 1.860 e-mails) . Een kwart van de mailers zijn gebruikers, wat in de lijn ligt van het percentage gebruikers dat naar de lijn belt. Een tevredenheidsmeting in 2006 toonde grote tevredenheid bij de gebruikers

van de e-service. 85% oordeelde dat het mailcontact hen concreet had verder geholpen bij hun vragen of problemen. Ook de persoonlijke toon van het antwoord en de garantie op anonimiteit werd sterk gewaardeerd. De DrugLijn wil haar aanbod aan elektronische toepassingen verder uitbreiden. Zo zal in december 2007 een reeks van acht elektronische screeningsvragenlijsten on-line gaan.

4. Effectiviteit van vroeginterventie bij riskant en/of problematisch middelengebruik..

Op de algemene vraag of vroeginterventie bij riskant en/of problematisch middelengebruik werkt en in welke mate krijgen we geen rechtstreeks antwoord in de onderzoeksliteratuur. Daarvoor is de overkoepelende term vroeginterventie te breed en zijn de verschillende doelgroepen waaraan en settings waarin deze interventies aangeboden worden te verschillend.
Als we cijfermateriaal willen meegeven rond uitkomstmaten beperken we ons noodgedwongen tot 'Brief Interventions' en tot gegevens omtrent de effectiviteit van de verschillende ingrediënten waaruit vroeginterventie bestaat zoals screening, motivatiebevordering en aanleren van 'zelfcontrole'-technieken.

In onze selectie van de 'evidence-based'-literatuur zijn we uitgegaan van de indeling van het Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO (2005).
We maken een onderscheid 'naar mate van bewijs' tussen:

Niveau	Conclusie gebaseerd op
A1	Systematische reviews of meta-analyses die tenminste enkele onderzoeken van A2 niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
A2	Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials), van voldoende omvang en consistentie.
B	Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek).
C	Niet vergelijkend onderzoek.
D	Mening van deskundigen.

Een **systematische review** is een systematisch literatuuroverzicht van de stand van zaken van wetenschappelijk onderzoek over een specifiek onderwerp. Een systematische review is transparant en reproduceerbaar en gaat uit van een expliciete vraagstelling, een uitgebreide zoekstrategie, een ondubbelzinnige procedure voor selectie van onderzoeken, een systematische beoordeling van de kwaliteit van de onderzoeken en een overzichtelijke presentatie van de resultaten (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO, 2006).

Een **meta-analyse** is een systematische review waarbij de resultaten van een aantal vergelijkbare klinische studies worden gebundeld (gepoold) en herberekend. Hierdoor wordt het mogelijk om met een grotere betrouwbaarheid een uitspraak te doen over het effect van een interventie of behandeling (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO, 2006)
Een **RCT** of randomized controlled trial is een onderzoek waarbij het effect van een interventie wordt vergeleken met dat van een controle-interventie en waarbij aselecte toewijzing (randomisatie) van patiënten aan de indexgroep en referentiegroep wordt toegepast. In een placebogecontroleerde RCT krijgt de controlegroep een placebo toegediend (Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg CBO, 2006).

We baseerden ons in dit literatuuroverzicht op systematische reviews en RCT's en maakten gebruik van enkele recente overzichtsstudies van Rigter et al. (2004), Cuypers (2006), American Psychiatric Association Guidelines (2006), Autrique et al (2007) en vullen waar nodig aan met heel recente reviews of ander belangrijk onderzoek.

4.1.Effectiviteit van BI bij riskant en/of problematisch alcoholgebruik

Zelfs de meer afgelijnde term BI wordt in verschillende studies niet altijd op dezelfde manier ingevuld. In de meta-analyse van Moyer en collega's (2002), de meest omvangrijke over dit onderwerp, geldt als inclusiecriterium dat een BI bestaat uit maximaal 4 sessies met een hulpverlener en een aanbeveling bevat om minder te gaan drinken.
In een andere belangrijke review geven Fleming en Manwell (1999) 5 essentiële kenmerken van BI aan om in een systematische review opgenomen te worden:

- Screening van het alcoholgebruik en feedback
- Onderhandeling en akkoord over de doelstelling om alcoholgebruik te minderen of te stoppen
- Vertrouwd maken van de cliënt met technieken voor gedragsverandering.
- Gebruik van zelfhulpmateriaal
- Follow up door vervolgsessies of telefonische ondersteuning

Weinig interventies zijn zo veelvuldig en goed onderzocht als 'Brief Interventions' bij problematisch alcoholgebruik, vooral in de huisartsenpraktijk. Er zijn tenminste 56 RCT's en 14 meta-analyses en/of systematische reviews uitgevoerd naar de effectiviteit van deze interventie (Andersen en Bomberg, 2005).
Heather (1989) merkt op dat we in effectiviteitsonderzoek naar BI een onderscheid moeten maken tussen 'Opportunistic Brief Interventions' en 'Brief Therapy' omdat de onderzoeksdesigns te veel verschillen. Studies over OBI vanuit de eerstelijn hebben als controle groep een populatie die geen behandeling krijgt terwijl studies over BI de effecten vergelijken met die van een klassieke langer durende behandeling. Bij deze laatste vergelijking is het vaak moeilijk om de klinische toestand van de cliënt bij de start van de interventie te vergelijken. Als er in de uitkomst geen significante verschillen zijn in effectmeting mogen we dan ook we niet te vlug besluiten dat er een zelfde effectiviteit is tussen BI en standaardbehandeling.

Het valt buiten het bestek van dit dossier om een exhaustief literatuuroverzicht te doen maar we geven toch een overzicht van de belangrijkste systematische reviews die verschenen zijn vanaf 1993:

In één van de eerste overzichtsartikels hebben Bien et al (1993) een meta-analyse verricht bij 44 gecontroleerde studies (12 RCT's) waarbij meer dan 6000 cliënten betrokken waren. Ze kwamen tot de conclusie dat BI dikwijls even effectief en soms meer effectief waren dan intensievere behandelvormen. Ze concluderen dat in ieder geval BI effectiever zijn dan geen interventie en dat ze effectiviteit van de behandeling die erop volgt kunnen verhogen.
Onder de titel "Does dissuasion make a difference?" geeft Babor (1994) een systematisch overzicht van meer dan 25 studies naar de effectiviteit van BI. Hij concludeert dat BI effectief zijn maar alleen voor personen met minder ernstige alcoholproblemen. De groep met een ernstiger problematiek, psychiatrische co-morbiditeit en een familiegeschiedenis van alcoholproblemen is meer gebaat bij interventies die gericht zijn op abstinentie.
Wilk et al (1997) deden een meta-analyse van 12 RCT's en concludeerden dat het alcoholgebruik over een periode van 6 tot 12 maanden twee keer zoveel daalde bij personen bij wie 'brief interventions' toegepast werd als bij de controle groep die geen interventie aangeboden kreeg.
Poikaloinen (1999) doet in een meta-analyse onderzoek naar de verschillen in effectiviteit tussen minimale interventies (5 tot 20 minuten) en uitgebreidere vormen van brief interventions (verschillende sessies). Ook Ballesteros en collega's (2004) onderzochten dit en beide onderzoekers kwamen tot dezelfde conclusie namelijk dat er vergelijkbare positieve effecten zijn.

De meest omvangrijke **meta-analyse** is deze van **Moyer et al (2002**). Deze meta-analyse poolde de resultaten van 54 RCT's en maakte in het poolen van de resultaten een onderscheid tussen de groep die hulp zocht voor alcoholgerelateerde problemen en een groep excessieve drinkers die voor andere dan alcoholproblemen beroep deden op de eerstelijnsgezondheidszorg. Bij deze laatste groep was de effectiviteit van BI ten opzichte van een controle groep die geen interventie kreeg absoluut en zonder twijfel. Bij de groep die hulp zocht voor hun alcoholprobleem leek het verschil in effectiviteit tussen BI en intensieve interventies uitgevoerd door de gespecialiseerde hulpverlening gering. De auteurs waarschuwen ervoor om uit deze laatste bevinding niet de conclusie te trekken dat brief interventions een vervanging zou kunnen betekenen voor de gespecialiseerde hulpverlening . Zij suggereren wel dat BI ook voor personen met een afhankelijkheidsprobleem zinvol kunnen zijn als initiële behandeling of als opstap naar een verwijzing naar de gespecialiseerde hulpverlening.
De Mesa Grande studie van **Miller en Wilbourne (2002),** een doorlopende systematische review rangschikt de effectiviteit van 48 verschillende behandelingsmodaliteiten voor riskant en schadelijk alcoholgebruik. In de scores worden naast effectiviteit ook de methodologische kwaliteiten van de onderzoeken meegerekend. Kortdurend adviesgesprek staat in deze lijst, die de effectiviteit van interventies rangschikt, afgescheiden bovenaan samen met motivatiebevorderende interventies.

Vermeldenswaard is ook dat in 1982 de WHO Collaborative Project werd opgericht voor het ontwikkelen van een wetenschappelijke basis voor het screenen en toepassen van brief interventions bij riskant en schadelijk alcoholgebruik, vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg. De tweede fase van het project ((WHO Brief Intervention Study Group, 1996) bestond erin de effectiviteit te testen van BI toegepast bij een doelgroep die in de verschillende landen in contact kwam met de eerstelijnsgezondheidszorg. (n = 1559). De doelgroep bestond uit riskante en problematische drinkers, afhankelijke drinkers werden uitgesloten van de studie. Twee interventies werden getest; kort advies (screening, 5 minuten advies en folder) en kortdurende interventie (screening, kort advies, 15 minuten counseling en 3 vervolgsessies). Uitkomstmaten van deze RCT waren de alcoholconsumptie en de aanwezigheid van alcoholgerelateerde problemen. Bij zowel mannen als vrouwen waren er positieve effecten waar te nemen

Belangrijk is een gecontroleerde studie van Fleming et al (2002) uit de VS, die blijvende positieve effecten van BI rapporteert op de totale alcoholconsumptie en op de excessief drinkende episodes en dit voor een periode van 4 jaar.
Een Australische studie van Wutzke et al (2002) ziet de effecten verdwijnen na 10 jaar en suggereert om meer aandacht te besteden aan boostersessies na verloop van tijd.

Concluderend kunnen we stellen dat in alle bovenstaande reviews significante positieve effecten werden gevonden bij de toepassing van 'Brief Interventions' bij riskant en problematisch alcoholgebruik. Het staat vast dat er middelgrote effecten zijn op de alcoholconsumptie maar dat deze effecten na verloop van tijd uitdoven.
De NTT (Numbers To Treat) is ongeveer 8 voor zowel riskant als problematisch alcoholgebruik, wat betekent dat aan 8 cliënten deze interventie moet worden aangeboden om er één over te houden die zijn alcoholgebruik mindert naar een niveau met laag risico. (Anderson & Baumberg, 2006). Dit is een hogere score dan bij adviezen om te stoppen met roken.
BI kan ook levens sparen. Cuypers et al (2004) besluiten dat BI één op de drie overlijdens kan voorkomen bij problematische alcoholgebruikers. Bij kort advies aan 282 patiënten kan 1 overlijden per jaar voorkomen worden.

Zijn brief interventions bij probematisch alcoholgebruik ook kosten-effectief?
De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) simuleerde in een model (CHOICE) de impact en de kosten van de toepassing van brief interventions via de eerstelijnsgezondheidszorg bij 25% van de risicogroep. Een toepassing van dit model op het EU-niveau levert naar schatting een besparing op van 408.000 ziektejaren en jaren van vroegtijdig overlijden met geschatte kosten van € 740 miljoen per jaar (Andersen en Bamberg, 2006).

4.2.Effectiviteit van BI bij riskant en/of problematisch illegaledruggebruik

Recent wordt meer en meer onderzoek gedaan naar de evidentie van BI bij andere vormen van riskant of problematisch middelengebruik dan alcohol (zoals cannabis, opiaten en nicotine).
Er bestaan echter nog weinig of geen systematische reviews en de onderzoeken zijn niet altijd van goede methodologische kwaliteit of zijn moeilijk vergelijkbaar (verschillende controlegroepen, verschillende uitkomstmaten, verschillende invulling van BI). We kunnen over de effectiviteit van BI bij illegaal druggebruik dan ook weinig of geen algemene uitspraken doen.
Volgens Heather zijn er geen principiële redenen waarom de positieve resultaten van BI bij alcoholgebruik niet zouden geëxtrapoleerd kunnen worden naar illegaal druggebruik (Addiction, 2001). Sommige auteurs daarentegen vinden dat de toepassing van BI bemoeilijkt wordt doordat illegaledruggebruikers bij hun eerste contact met de eerstelijnswerkers meestal in een verder stadium van problematisch gebruik (afhankelijkheid) verkeren en een meer deviante leefstijl hebben. Volgens Heather (2001) zou dit op zijn minst moeten onderzocht worden. Nog volgens Heather moet onderzocht worden of er misschien bepaalde subgroepen zijn van illegaledruggebruikers die wel positief reageren op BI.
Als we spreken over toepassing van BI bij gebruik van illegale drugs gaat het dikwijls over een doelgroep van adolescenten. De meeste van deze interventies zijn gebaseerd op de 'Motivational Interview'-principes en worden het meest toegepast bij cannabisgebruikers (Stephens et al, 2004). Over de effecten bij de jongerendoelgroep is nog maar weinig onderzoek verricht.

Onderstaande RCT's geven indicatie dat BI ook effecten kunnen sorteren bij illegaledruggebruikers: Saunders et al (1995) vonden een kortdurende interventie gebaseerd op MI effectief bij opiatengebruikers in een methadon programma. Na 6 maand follow-up zag ze bij cliënten een grotere betrokkenheid om te stoppen met gebruik, minder druggerelateerde problemen, meer therapietrouw en minder herval.
BI voor cannabisgebruik kan het aantal aan cannabis gerelateerde problemen doen dalen, het gebruik doen dalen met 30% (Stephens et al, 2000) en het aantal stoppers doen stijgen (Stephens et al, 2000; Copeland et al, 2001).
Bij een groep amfetaminegebruikers zag men na BI een significante daling van het dagelijks gebruik, meer stoppers en een daling van criminaliteit en gezondheidsproblemen (Baker et al, 2001)
In een effectstudie (RCT) van een kortdurende motivationele interventie bij cocaïne en heroïne gebruikers uitgevoerd bij 1175 cliënten, concluderen de auteurs (Bernstein et al, 2005) dat een motivationele interventie kan helpen cliënten abstinentie te bereiken van heroïne en cocaïne.

4.3.Effectiviteit van BI bij medicatiegebruik

Enkele reviews (Bashir et al, 1994; Couvéé et al, 2006) komen tot de conclusie dat kortdurende interventies bij langdurig benzodiazepine gebruikers effecten sorteren zowel op het gebruik als op

gerelateerde gezondheidsproblemen, na een follow up van 3 en 6 maanden. De interventie bestond uit kort gestructureerd advies van enkele minuten en een zelfhulpboekje.
Als uitloper van dit onderzoek werd in Nederland een zelfhulpboekje ontwikkeld: "*Stoppen met benzodiazepines. Hulpmiddelen bij het terugdringen van chronisch benzodiazepinegebruik*" (Nederland DVG, Nederlands Instituut voor verantwoord medicijnengebruik, 2005).

4.4.Effectviteit van de gemeenschappelijke ingrediënten van vroeginterventie

Screening

Een goed uitgevoerde screening heeft reeds een positief effect op de uitkomst van de vroegtijdige interventie (Bien et al, 1993) en dit effect blijkt bij vrouwen groter dan bij mannen (WHO, 1996; Wilk et al, 1997).
Recent onderzoek heeft toch heel wat beperkingen van de bestaande screeningsinstrumenten blootgelegd (MCPherson & Hersh, 2002: Babor, 2002). Veel bestaande instrumenten zoals bijvoorbeeld de ASI zijn veelomvattend en tijdsintensief waardoor minder geschikt voor de toepassing in de eerstelijnsgezondheidszorg.
Sommige kortere instrumenten zoals de CAGE-AIDS (Brown & Rounds, 1995) zijn dan weer teveel gefocust op afhankelijkheid en te weinig specifiek voor riskant middelengebruik.
De meeste kritiek komt vooral vanuit een cross-cultureel perspectief; de meeste testen zijn ontwikkeld in de VS en tonen te weinig sensitiviteit en specificiteit voor gebruik in andere culturen. Sommige testen worden dan ook te vlug als gevalideerd beschouwd (Babor, 2002).

Motiverende gespreksvoering

Motivatiebevordering of motiverende gespreksvoering kan op zichzelf staan maar maakt meestal deel uit van een bredere aanpak. Motiverende gespreksvoering werd oorspronkelijk gebruikt in de behandeling van alcoholproblemen (Miller, 1983) maar sedertdien wordt het ook ruimschoots toegepast bij de behandeling van illegaledruggebruikers en andere problematieken.

In effectiviteitsonderzoek wordt motivatiebevordering meestal als een op zich staande interventie bestudeerd.
Dunn et al (2001) vergeleken in een systematische review 29 RCT's en zagen positieve effecten op behandelbereidheid, abstinentie en matiging van gebruik. Van de 15 RCT's die zich toespitsten op problematische gebruikers van illegale drugs toonden er 11 significant positieve uitkomsten.
Twee sessies van AMI (Adaption of Motivational Interviewing) brengt middelmatige effecten op in vergelijking met geen behandeling of placebo voor de volgende problemen; alcohol, drugs, dieet en bewegingsoefeningen(Burke et al 2003).
De effecten van motiverende gespreksvoering zijn in verschillende settings aantoonbaar; in de verslavingszorg, de huisartsenpraktijk en de spoedopnameafdelingen (Rigter, 2004).
In de nog lopende Mesa Grande studie van Miller en Welbourne (2002) staat motiverende gespreksvoering op de tweede plaats van interventies die effectief zijn bij riskant en problematisch alcoholgebruik en dit na kort advies.

Cognitieve gedragstherapie

We mogen deze term gerust als een verzamelbegrip beschouwen: in het kader van vroeginterventie kunnen zelfmonitoring, zelfcontroletraining en terugvalpreventie hieronder geplaatst worden. Deze interventies worden meestal gelijklopend met motivatiebevordering aangeboden.

Zelfmonitoring en zelfcontroletraining staan in de Mesa Grande studie van Miller en Willbourne respectievelijk op de 30ste en 7de plaats op de lijst van de 46 behandelmodaliteiten met 3 of meer studies.
Zelfhulp is effectief voor de behandeling van alcoholproblemen (Miller en Willbourne, 2002) en meer specifiek bibliotherapie (meegeven folder of brochure met achtergrondinformatie) is redelijk onderbouwd als toevoeging aan ambulante behandeling voor wat betreft het verminderen van risicovol en schadelijk alcoholgebruik.
Instructies via zelfhulpboekjes, of via het internet zijn vooral effectief gebleken bij excessieve gebruikers van legale drugs (alcohol, nicotine) die niet afhankelijk zijn (APA, 2006). Deze strategie past zeer goed binnen het concept van vroeginterventie maar zal dikwijls niet volstaan bij personen die hulp zoeken voor een reeds bestaande afhankelijkheid.
Irvin et al. (1999) deden een meta-analyse van 26 studies (9504 cliënten) en besloten dat terugvalpreventie effectief is voor alcoholproblemen en polydruggebruik, in combinatie met medicatie. De interventie heeft meer effect op het psychosociaal functioneren dan op reductie van het gebruik. Er zijn geen significante verschillen naargelang het aanbod ambulant dan wel residentieel is.

4.5.Effectiviteit van Kortdurende Interventies in verschillende settings

4.5.1 Huisartsenpraktijk

De huisartsenpraktijk wordt algemeen gezien als de plaats bij uitstek waar riskant en problematisch middelengebruik zou moeten worden gedetecteerd en aangepakt.
Vijf systematische reviews met meta-analyses specifiek gericht op de effectiviteit van BI in de eerstelijnsgezondheidszorg concludeerden dat deze interventies effectief zijn (Anderson et al, 2004). Eén review (Bertholet et al, 2005) beperkte tot zich tot studies die uitgevoerd werden onder omstandigheden die de dagelijkse praktijk het best benaderen en kwam ook tot de conclusie dat BI effectief blijken in het reduceren van alcoholconsumptie bij zowel mannen als vrouwen en dit na een follow-up van zes en twaalf maanden. BI zijn meer effectief bij minder ernstige problematiek. Strikt gezien gaan studies over effectiviteit van BI in de eerstelijn niet uitsluitend over toepassing door huisartsen, maar studies van Wallace et al (1988) en Anderson en Scott (1992) bevestigen de effectiviteit van BI op het verminderen van alcoholconsumptie, als deze interventie uitgevoerd wordt door huisartsen.
Een enquete uitgevoerd bij de Vlaamse huisartsen in opdracht van de Wereld Gezondheidsorganisatie leert ons dat de Vlaamse huisartsen bereid zijn om hun rol op te nemen in gezondheidspromotie rond alcoholgebruik. Ze hebben wel nood aan vorming, hun competentiegevoel is laag en ze voelen zich minder geneigd om afhankelijke drinkers te behandelen (Pas, Garmyn, Wertelaers, 1998).

In Nederland loopt momenteel een interessant project waarbij de gespecialiseerde hulpverlening letterlijk binnengebracht wordt in de huisartsenpraktijk. Onder het motto 'zelfde gang, deurtje verder' wordt na een screening door de huisarts de patiënt doorverwezen naar een psychiatrisch verpleegkundige uit de gespecialiseerde verslavingszorg, in of zeer nabij de betreffende locatie. Deze kortdurende interventie duurt maximaal 5 gesprekken, daarna wordt de patiënt zonodig doorverwezen. Na evaluatie in 4 regio's blijkt dit project een succes. Huisartsen verwezen meer patiënten en er was een veel betere communicatie tussen huisartsen en verslavingsdeskundigen. Daarvan profiteerden de patiënten (snelle toegankelijke hulpverlening) maar ook de huisartsen (werklast, gevoel van effectiviteit, kennisverwerving) (Jansen et al, 2005)

We vonden geen studies over toepassing van BI door huisartsen bij riskante en/of problematische gebruikers van illegale drugs.

4.5.2. Algemene ziekenhuizen en Spoedopnamediensten

Er bestaat een sterke associatie tussen alcoholgebruik en ongevallen met letsels zoals auto-ongevallen, valpartijen en oorzaken van brand (D'Onofrio et al, 2002). Volgens buitenlands onderzoek hebben bijna één derde van de opnames in algemene ziekenhuizen te maken met alcohol (Tabakoff & Hoffman, 1995). Het staat ook vast dat het merendeel van de probleemdrinkers in ziekenhuizen niet gedetecteerd worden en dus ook geen advies krijgen. (Canning et al, 1999). Een recent Vlaams onderzoek van Calle en collega's (2006) geeft aan dat 1 op de 10 opnames op de spoedopnamedienst een rechtstreeks gevolg is van middelenmisbruik, vooral alcoholmisbruik.
Op momenten dat cliënten van zichzelf vinden dat ze een probleem hebben, ziek zijn of verwondingen hebben opgelopen, zijn ze gemakkelijker te bewegen naar gedragsverandering dan in situaties waarin ze zich van geen probleem bewust zijn (Di Clemente et al, 1991; NIAAA, 1999; Prochaska en DiClemente, 1983). Vanuit een ernstige of acuut medische toestand waarbij alcohol een rol speelt is de nood om te stoppen of minderen met alcoholgebruik ook urgenter.
Als er dan zo'n 'ontvankelijk moment' bestaat kan een hospitalisatie een goede opportuniteit zijn om iets te doen aan het riskant of problematisch gebruik. Patiënten hebben in deze situatie ook voldoende tijd om een vragenlijst in te vullen, vragen te beantwoorden en advies te krijgen.
Er is nog maar matige evidentie gevonden voor de effectiviteit van BI in algemene ziekenhuizen (Emmen et al, 2004) maar dat heeft eerder te maken met de zwakke methodologische kwaliteiten van de onderzoeken waardoor nog geen conclusies mogelijk zijn. Als knelpunten stellen de auteurs dat het personeel minder vertrouwd is met vroegdetectie en dat vervolgafspraken regelen vanuit deze setting niet evident is.
Sommige RCT's geven evidentie aan voor de effectiviteit bij de toepassing van BI op spoedopnamediensten (Heather et al, 1996; Monti et al, 1999; Crawford et al, 2004). Chafetz en collega's waren de eersten die rapporteerden over de toepassing van BI op spoedopnamediensten en aantoonden dat alcoholafhankelijke patiënten op deze manier werden gemotiveerd om een behandeling te starten. In dit onderzoek werd ook aangetoond dat de toepassing van BI door zowel dokters als verpleegkundigen als haalbaar werd beschouwd in de alledaagse praktijk. D'Onofrio (2002) onderzocht de effecten van vorming van het personeel op de toepassing van BI en zag deze verdriedubbelen. Tijdsgebrek wordt soms als obstakel aangehaald voor de toepassing van BI op spoedopnamediensten. Hiervoor ontwikkelden D'Onofrio en collega's (1998) een model van BI voor deze setting dat in minder dan 10 minuten kan worden toegepast
In een RCT-studie van Monti (1999) werden de effecten van een motivationeel gesprek van ca. 40 minuten geëvalueerd bij een groep jongeren die na een alcoholgerelateerd ongeval op spoed terechtkwamen. Na een follow-up van zes maanden bleek er tussen de experimentele- en de controlegroep geen significant verschil te merken in de totale alcoholconsumptie. Wel bleek bij de experimentele groep een daling van 32% in alcoholgebruik tijdens het besturen van een voertuig.

4.5.3. Vroeginterventie via elektronische screening en kortdurende interventie.

In een systematische review van Kypros en collega's (2005) vonden de auteurs in de periode 2003-2004 9 haalbaarheidsstudies en 7 effectiviteitstudies binnen een grote en zeer verscheidene groep van settings. Bedoeling van de review was een overzicht te geven van de recente literatuur omtrent telefonische, op correspondentie gebaseerde of digitale interventies voor

alcoholproblemen, die al of niet het reguliere hulpverleningsaanbod kunnen vervangen of er een meerwaarde voor betekenen.
Drie RCT's over digitale interventies tonen aan dat deze aanpak riskant alcoholgebruik kan verminderen. Effectiviteit werd aangetoond bij universiteitsstudenten waarbij het riskant drinkgedrag verminderde, bij het uitstellen van hevig alcoholgebruik bij kinderen en adolescenten en ietwat eigenaardig maar ook bij het aanpakken van slapeloosheid bij probleemdrinkers in behandeling.
Ze besluiten dat interventies via internet of computer, mits zorgvuldige planning, kunnen geïmplementeerd worden in verscheidene settings. Ze zijn zowel voor het algemeen publiek als voor patiënten in behandeling (vb: spoedopnamediensten) aanvaardbaar.

In een minder uitgebreide kwalitatieve review komen Copeland et al. (2004) tot volgende conclusie: consistent in de verschillende onderzoeken blijkt de aantrekkingskracht van het medium voor de gebruikers en de cliënttevredenheid over het aanbod. We kunnen internet dan ook als een beloftevol medium beschouwen om hulpverlening aan te bieden. De auteurs denken hierbij in de eerste plaats aan de doelgroep rokers en problematische drinkers maar zouden het een logische stap vinden om de groep cannabisgebruikers en gebruikers in het "club"- en "dance"-circuit te bereiken.

Over 'on-line therapy' waarbij er een interactie is met een hulpverlener via het internet zijn nog te weinig evaluatiestudies gedaan om er uitspraken over te doen.

In Nederland zijn de twee bestaande zelfhulpprogramma's (www.drinktest.nl en www.minderdrinken.nl) onlangs op hun effectiviteit geëvalueerd. Het eerste programma biedt volwassenen die regelmatig alcohol drinken en hun drinkgedrag willen testen, informatie en een advies op basis van een vragenlijst die de bezoekers van de site on-line invullen. Het tweede is een on-line zelfhulpprogramma voor probleemdrinkers die zelfstandig willen minderen of stoppen met drinken (Cuypers, 2006).
Van beide RCT's zijn nog geen publicaties beschikbaar maar in de voorpublicatie lezen we dat bij beide interventies een positieve outcome gevonden werd op het drinkgedrag van de deelnemers van de experimentele groep ten aan zien van de controlegroep.

Degelijke outcome-studies blijken het zwakke broertje in de literatuur omtrent interventies via het internet. Meermaals gaat het om studies met een kleine onderzoeksgroep, met veel uitval of zelfs helemaal zonder controlegroep.

4.5.4. Kortdurende interventies voor zwangere vrouwen die riskant alcohol gebruiken

In de Cochrane database vinden we een review van 6 studies (Dogget et al, 2005) die de effecten vergelijkt van thuisbezoeken tijdens en na de zwangerschap bij vrouwen met een alcohol en/of drugprobleem en een controle groep die deze niet kreeg. De meeste studies hadden methodologische beperkingen zodat men concludeerde dat er onvoldoende evidentie is om deze interventie als standaardprocedure te adviseren.

4.5.5. Vroeginterventie bij hogeschoolstudenten

Buitenlands onderzoek stelt dat riskant en problematisch alcoholgebruik van hogeschoolstudenten vaak voor komt en dikwijls gekoppeld is aan ander risicogedrag (Blume en Marlatt, 2004). In Vlaanderen leert een bevraging bij de studenten van de AUHA ons dat 47,3%

van de mannelijke en 16,6 % van de vrouwelijke studenten uitingen van riskant alcoholgebruik vertonen (van enig risico tot zeer hoog risico). Bij 10,3% van de mannen en 1,8% van de vrouwen kan men spreken van problematisch gebruik (Rosiers en Van Hal et, 2007).
Studenten die te maken hebben met alcohol- of druggebruik in het gezin, eerder gedragsstoornissen vertoonden of over een gebrekkige impulscontrole beschikken lopen een verhoogd risico op misbruik (Blume en Marlatt, 2004). Volgens Larimer (1992) is lid zijn van een studentenclub een bijkomende risicofactor. Vlaams onderzoek (Rosiers en Van Hal, 2007) toont aan dat studenten die actief lid zijn van het bestuur van een studentenvereniging niet frequenter drinken dan andere studenten maar wel grotere hoeveelheden alcohol.
De motivatie om het alcoholgebruik te veranderen wordt beïnvloed door de positieve verwachtingen die men heeft t.a.v alcohol, verkeerde opvattingen over de gevolgen van alcoholgebruik ('mythes') en normen van alcoholgebruik in de peer groep en sociale druk vanuit diezelfde peer groep. Interventies die motiverende effecten willen sorteren zullen zich best richten op bovenstaande factoren.
Uit een meta-analyse van Borenstein et al (1998) blijken een aantal programma's succesvol; educatieve programma's die zich naast informeren, zelf-monitoring en korte motiverende gespreksvoering specifiek richten op de verkeerde opvatting van studenten dat hun drinkpatroon de norm is (Baer, Stacy en Larimer, 1991), programma's die vaardigheden aanleren om te weerstaan aan groepsdruk (Collins, Parks en Marlatt, 1985) en programma's die zich richten op de beïnvloeding van te positieve verwachtingen naar alcohol toe (Carey,1995).
Een veelbelovend programma is de Alcohol Skills Training Program (ASTP) die alle bovenstaande educatieve elementen integreert in acht wekelijkse sessies. Een verkorte versie (BASICS 2 sessies) werd reeds positief geëvalueerd op een vermindering van alcoholgerelateerde problemen na een follow-up periode van 4 jaar (Baer et al, 2001).
Korte motiverende interventies zijn dus effectief in het verlagen van de alcoholconsumptie en alcohol gerelateerde problemen maar op voorwaarde dat de studenten reeds negatieve gevolgen ondervinden van het gebruik. Ze zijn niet effectief als er reeds sprake is van afhankelijkheid (Saunders, 2004)
Aangezien weinig studenten met riskant drinkgedrag bereid zijn om deel te nemen aan motiverende gesprekken of begeleidingsprogramma's (Rigter, 2006) is er nood aan alternatieve methodes om hen te bereiken. Recent ontwikkelde kortdurende interventies via internet of computer blijken daarvoor veelbelovend te zijn. Studenten verkiezen namelijk elektronische begeleiding en feedback over hun middelengebruik boven het praten met professionele begeleiders en beschouwen elektronische screening en korte interventies via mail als het meest populair (Saunders, 2004).

Een RCT van Kypros Kypri en collega's, (2005) uitgevoerd aan een Australische universiteit toont aan dat e-SBI bij 167 studenten over 6 maand een reductie gaf in alcoholconsumptie en alcoholgerelateerde problemen van 20 – 30%. Een effect dat te vergelijken is met de effecten van BI toegepast door artsen bij de algemene bevolking. Ook Neighbors et al. (2004) kwamen bij een groep excessief drinkende universiteitsstudenten na e-SBI en een follow-up van 6 maanden tot gelijkaardige resultaten.

4.5.6. Vroeginterventie op het werk

Gevolgen van riskant of problematisch middelengebruik op de arbeidsprestaties zijn legio: werkverzuim, ongevallen, verminderde productiviteit, conflicten in een team, foutieve beslissingen e.a.
De aanleiding om als bedrijf iets te ondernemen zal dan ook vaak de verminderde arbeidsprestatie zijn en niet a priori de gezondheidstoestand van de werknemer; de

werkomgeving is immers geen hulpverleningsorganisatie. Zo zal accuraat confronterend en begrenzend optreden bij situaties van intoxicatie noodzakelijk zijn. Herhaald misbruik of gevolgen van misbruik vraagt naar een motiverende aanpak waarbij werkbehoud een belangrijke motivator kan zijn voor gedragsverandering.
Het bespreekbaar stellen van het eigenlijk problematisch middelengebruik is de taak van de bedrijfshulpverleners. Het zijn de bedrijfsarts, de bedrijfsmaatschappelijk werker of een ander vertrouwensfiguur die eventueel de link kunnen helpen leggen tussen het dysfunctioneren en het middelengebruik. Screening en kortdurende interventies zijn perfect mogelijk vanuit deze diensten.
De bedrijfshulpverlener kan door de aard van het werk geen langdurige hulpverlening opzetten en zal bij ernstig misbruik dikwijls genoodzaakt zijn om door te verwijzen naar de gespecialiseerde hulpverlening, al dan niet onder dwang (Lambrechts, 2001).
In de Verenigde Staten vallen alle activiteiten naar werknemers met alcoholproblemen die van invloed zijn op het werk onder de noemer Employee Assistance Programs (EAP). In de EAP's die geïntegreerd zijn in een onderneming, is het alcoholbeleid van de organisatie beschreven, evenals de procedures. Identificatie van de probleemdrinker is een sleutelelement.
Het is moeilijk iets te zeggen over de effectiviteit van EAP's omdat ze nogal verschillen en afhankelijk zijn van de vervolghulp die erop volgt. In het algemeen wordt wel aangenomen dat ze kosteneffectief zijn (Roman & Blum, 1999).
In de meeste systematische reviews zijn geen studies opgenomen uit de bedrijfsgeneeskundige context. Een van de weinige gepubliceerde RCT's is van Richmond en Heather (2000): een Australisch onderzoek naar de effecten van inbedding van BI in een "gezonde leefstijl"- campagne in een groot bedrijf. Zowel naar deelname aan het programma van de excessieve drinkers als naar effect op hun drinkgedrag waren de resultaten positief.

4.5.7. Groepsgerichte interventies voor jonge experimenterende druggebruikers.

Experimenteergedrag hoort bij de adolescentie en voor almaar meer jongeren hoort daar experimenteren met illegale drugs, vooral cannabis bij. Preventieve initiatieven zijn vooral gericht op niet-gebruik en het uitstellen van de beginleeftijd van gebruik. Voor jongeren met diverse kwetsbaarheden (o.a ADHD) op persoonlijk en maatschappelijk vlak wordt experimenteren en frequent gebruik van illegale drugs op vroege leeftijd ernstig riskant gedrag en deze risicogroep heeft een grotere kans dat hun gebruik problematisch wordt (De Ruyver, 1992).
Jongeren die riskant of problematisch illegale drugs gebruiken komen vaak in contact met de hulpverleners door aanmelding via bezorgde ouders, leerkrachten en/of andere opvoeders of justitie. Dikwijls hebben deze contacten plaats nadat er enige druk werd uitgeoefend, soms is er sprake van dreiging van uitsluiting of justitiële druk. Vaak is er ook een spaak gelopen communicatie tussen ouders of opvoeders en de jongeren. De hulpverlener speelt vaak de rol van het terug op gang brengen van een dialoog. Deze bemiddelingstaak vraagt niet altijd een drugspecifieke aanpak of deskundigheid en hoeft lang niet altijd een reden te zijn om door te verwijzen naar de gespecialiseerde drughulpverlening.
Vanuit de ambulante gespecialiseerde hulpverlening worden her en der groepsgerichte interventies aangeboden. Na een intakegesprek met de ouders of verwijzers worden een aantal groepssessies aangeboden die zowel een educatief als begeleidend karakter hebben.
Er is te weinig onderzoek verricht naar de effecten bij groepsgericht werken naar deze specifieke doelgroep om er definitieve uitspraken over te doen. Er is natuurlijk wel evidentie voor de deelaspecten van deze interventie (motiverend werken, gestructureerd advies en psychoeducatie, self-monitoring, vaardigheidstraining, interactieve groepswerking). De meeste effectiviteitsonderzoeken hebben wel enkel betrekking op alcoholproblemen.

Gossop (2006) bestudeerde de effecten van groepsgerichte interventie bij jongeren met riskant tot licht problematisch cannabisgebruik en zag een significante daling van het gebruik na 6 en 12 maanden follow-up. Görgen (2004) deed een onderzoek naar groepswerkingen met jongeren (frequente cannabisgebruikers) die doorverwezen werden via justitie. Als resultaat zag hij kennisverhoging van de risico's en de bestaande hulpverleningsmogelijkheden en de intentie om minder te gaan gebruiken. 83% beëindigde de cursus ondanks het gedwongen karakter en de lage motivatie bij aanvang. De cursus werd positief geëvalueerd door de deelnemers.

Enkele slotbedenkingen bij de effectiviteit van 'Brief Interventions':

Ondanks het overtuigend bewijsmateriaal van de effectiviteit van brief interventions blijven er enkele vragen onbeantwoord en is er nood aan verder onderzoek.

- ✓ Een belangrijke vraag die kan gesteld worden is of de positieve effecten uit de onderzoekspopulaties generaliseerbaar zijn naar de dagelijkse praktijk: effectiviteit ('effectiveness': wat werkt in de dagelijkse praktijk) is immers niet hetzelfde als werkzaamheid ('efficacy': wat werkt onder ideale omstandigheden). Zal hetgeen werkt in een zorgvuldig gerandomiseerd onderzoek in de Verenigde Staten ook werken in de alledaagse praktijk van een Vlaamse huisarts?
- ✓ De meeste onderzoeksresultaten zijn gebeurd bij interventies die toegepast werden door een huisarts maar hoe zou het gesteld zijn met de effectiviteit als de interventie werd toegepast door maatschappelijk werkers, verpleegkundigen of psychologen? Hoe zit het verder met de effectiviteit van de interventies in verschillende settings? Wat is meer bepalend: de setting of de functie?
- ✓ De meeste onderzoeken gaan niet langer dan een follow-up van 6 à 12 maanden. Verder onderzoek is nodig om uitspraken te kunnen doen omtrent de effecten op langere termijn en de invloed op de effecten van vervolgsessies.
- ✓ Uit onderzoek blijkt dat de duur van de interventie en de mate waarin er contacten zijn met de hulpverlener positief correleren met de effecten (Babor & Grant, 1992; Fleming et al,1997), maar er bestaan nog geen richtlijnen over hoe lang en hoe dikwijls de interventie dient toegepast te worden bij welke doelgroep.
- ✓ Verder onderzoek is ook nodig naar de verschillende doelgroepen; over de effectiviteit van BI bij illegaledruggebruikers is nog te weinig onderzoek verricht om er uitspraken over te doen.

5.Vroeginterventie: goed in theorie maar hoe zit het in de praktijk?

Naarmate de effectiviteit en kosteneffectiviteit van vroeginterventie alsmaar duidelijker wordt rijst de vraag hoe het komt dat de toepassing op het werkveld nog zo beperkt is. In diverse settings uit de welzijns- en gezondheidszorg en sectoren als onderwijs en arbeid bieden zich nochtans dagelijks opportuniteiten aan om vroegtijdige interventies toe te passen bij mensen met riskant en/of problematisch middelengebruik, wat voor een aanzienlijk potentieel van deze interventie zorgt.

Volgens Saunders (WHO, 1998) zijn alle volgende elementen nodig om tot een breed toegepaste en efficiënte praktijk te komen:

- ✓ Kennis over de problematiek
- ✓ Voldoende competentiegevoel
- ✓ Aanvaarden van de taak of rol om de problematiek aan te pakken
- ✓ Voldoende motivatie
- ✓ Structurele werkvoorwaarden dienen aanwezig te zijn

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft reeds in 1980 het initiatief genomen om het concept van vroeginterventie bij riskant en schadelijk alcoholgebruik verder te ontwikkelen en daarbij zowel welzijns- en gezondheidswerkers als onderzoekers en overheden daarin te ondersteunen. Screeningsinstrumenten, educatief materiaal en richtlijnen werden reeds ontwikkeld en momenteel loopt in verschillende landen een project om de verspreiding van kortdurende interventies te vergroten. In dit kader wordt ook de toepasbaarheid van ondersteuning in de Vlaamse huisartsenpraktijk onderzocht (Garmyn et al, 1998).
Bij onderzoek naar implementatiestrategieën bleek training van beperkte duur om kortdurende interventies aan te leren aan huisartsen en verpleegkundigen effectief . Integratie van het gebruik van standaardvragen in de praktijk en aanhoudende sensibilisatie van de huisartsen vergt continue aandacht. Actieve opvolging na de vorming en implementatie in de praktijk verhoogt de toepassing van screening en kort advies (Anderson et al, 2004).
In een Scandinavisch onderzoek gebruikten Aalto en collega's (2003) de methode van focusgroepen (18 huisartsen en 19 verpleegkundigen) om een zicht te krijgen op de knelpunten, de weerstand en mogelijke alternatieven voor de implementatie van BI. Ze noteerden volgende reacties;

- *"Onzekerheid om riskant gebruik te onderscheiden van afhankelijkheid "*
- *"Vervelend om het over alcoholgebruik van de cliënt te hebben als daar geen voor de hand liggende klinische reden voor is".*
- *"Onvoldoende tijd en te weinig kennis en expertise om BI toe te passen".*

De auteurs voegden er ook nog aan toe dat heel wat deelnemers zich niet comfortabel voelen bij de aanpak volgens de principes van motiverende gespreksvoering.
Tot op heden is het onderzoek naar de implementatie van BI bijna uitsluitende gericht op de rol van de huisarts maar we gaan er van uit dat de toepassing in andere sectoren zoals thuiszorg, welzijnswerk, bijzondere jeugdzorg, onderwijs, arbeidsgeneeskunde, spoedopnamediensten met gelijkaardige belemmeringen voor implementatie te kampen hebben.

Voor Babor en Higgins-Biddle (2000) gaat een implementatiestrategie best niet alleen uit van concepten die dienen om de toepassing en het niveau van de klinische praktijk te verhogen maar eveneens van strategieën uit de brede maatschappelijke gezondheidszorg. Geïndiceerde preventie

wordt dus best vergezeld van bredere preventieve inspanningen zodat beide mekaar kunnen versterken. Vergelijk het met roken waar 'rookstop'-begeleiding hand in hand gaat met omkaderende beleids- en preventiemaatregelen. Zo is het wat alcohol betreft nodig om sensibiliseringscampagnes voor de algemene bevolking te ontwikkelen over het concept van riskant drinken en eerstelijnswerkers te sensibiliseren rond vroeginterventie.
Naast het ontwikkelen en ondersteunen van initiatieven die de toepassing en het niveau van vroegtijdige interventies op cliënten niveau verhogen (o.a educatief materiaal, trainingsprogramma's) zijn er beleidsmaatregelen nodig die kansen creëren om vroeginterventie te implementeren in verschillende sectoren zoals onderwijs, arbeid, bijzondere jeugdzorg, welzijnswerk en gezondheidszorg. Deze maatschappelijke sectoren zijn geschikte kanalen om aan geïndiceerde preventie te doen bij de doelgroep van riskante en problematische middelengebruikers. In deze sectoren moet vroeginterventie als methodiek deel uitmaken van een te ontwikkelen alcohol- en drugbeleid.
Bij voorkeur maakt vroeginterventie deel uit van een lokaal beleid dat gedragen wordt door de lokale overheid. Vroegtijdige interventies worden bij voorkeur dicht bij de cliënt aangeboden en als dusdanig goed regionaal gespreid en ingebed in het regionaal hulpverleningsaanbod. Lokaal overleg geeft mogelijkheden om het aanbod zichtbaar en bekender te maken bij alle betrokkenen, om het aanbod af te stemmen en te coördineren en eerstelijnswerkers te ondersteunen vanuit de ambulante gespecialiseerde hulpverlening en/of de alcohol- en drugspecifieke preventiewerkers. Dit laatste kan onder de vorm van opleiding, netwerkvorming en intervisie.
Vanuit lokaal aangevoelde noden kan met alle partners nagedacht worden over het organiseren en invullen van een aanbod naar jongeren en hun ouders, het geven van vorming aan intermediairen, het stimuleren van organisaties voor de opmaak van een drugbeleid, het sensibiliseren van jeugd- en welzijnswerkwerk enz.....
Als we de implementatie van vroeginterventie naar een hogere versnelling willen zien gaan zullen er ook ondersteunende incentives nodig zijn vanuit de verschillende overheden. Investeren in sensibilisering van alle betrokkenen, deskundigheidsbevordering van intermediairen en netwerkvorming rond vroeginterventie, zijn belangrijke stimulansen die de overheid kan geven. Door het 'nieuwe' karakter van vroeginterventie zou financiële ruimte moeten gecreëerd worden voor conceptontwikkeling en pilootprojecten. Als bestaande initiatieven rond vroeginterventie een goede evaluatie krijgen worden ze best structureel gefinancierd en verankerd in het bestaande aanbod.

Bijlage 1: Misbruik en afhankelijkheid van een middel volgens de DSM-IV

Criteria om van **misbruik** te spreken zijn volgens DSM-IV (APA, 1994)

A. Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste een (of meer) van de volgende:

(1) Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis
(2) Herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is
(3) Herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie
(4) Voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel

De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit de groep van deze middelen.

Criteria om van **afhankelijkheid** van een middel te spreken zijn volgens DSM IV (APA, 1994)

Een patroon van onaangepast gebruik van een (psychoactief) middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. *Tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende:*
   (a) een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken
   (b) een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel

2. *Onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:*
   (a) het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom
   (b) hetzelfde of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden

3. *Het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was*

4. *Er bestaat een aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden*

5. *Een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten om aan het middel te komen, of aan het herstel van de effecten ervan*

6. *Belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel*

7. *Het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld doorgaan met het drinken ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik*

Bijlage 2 : AUDIT

Naam:………………………………………………

Datum: ………………………………..

Vul a.u.b. zorgvuldig in: plaats een kruisje bij uw antwoord, ook als u denkt dat het niet noodzakelijk is.

1. Hoe vaak drink je alcohol?
   Nooit ☐ Maandelijks of minder ☐ 1 keer per week of minder ☐ 2à3 keer per week ☐ 4 keer per week of meer ☐

2. Wanneer je drinkt, hoeveel standaardeenheden* drink je dan gewoonlijk per dag?
   1 of 2 ☐ 3 of 4 ☐ 5 of 6 ☐ 7 tot 9 ☐ 10 of meer ☐

3. Hoe vaak gebeurt het dat je 6 of meer standaardeenheden* drinkt bij één enkele gelegenheid?
   Nooit ☐ Minder dan maandelijks ☐ Maandelijks ☐ Wekelijks ☐ Dagelijks of bijna dagelijks ☐

4. Hoe vaak had je het afgelopen jaar het gevoel dat je, van zodra je begon, niet meer kon stoppen met drinken?
   Nooit ☐ Minder dan maandelijks ☐ Maandelijks ☐ Wekelijks ☐ Dagelijks of bijna dagelijks ☐

5. Hoe vaak ben je er, door je drinkgedrag, het afgelopen jaar niet in geslaagd te doen wat normaal van je verwacht werd?
   Nooit ☐ Minder dan maandelijks ☐ Maandelijks ☐ Wekelijks ☐ Dagelijks of bijna dagelijks ☐

6. Hoe vaak heb je het afgelopen jaar 's morgens behoefte gehad aan alcohol om jezelf er weer bovenop te helpen nadat je zwaar was doorgezakt?
   Nooit ☐ Minder dan maandelijks ☐ Maandelijks ☐ Wekelijks ☐ Dagelijks of bijna dagelijks ☐

7. Hoe vaak heb je het afgelopen jaar schuld of berouw gevoeld nadat je gedronken had?
   Nooit ☐ Minder dan maandelijks ☐ Maandelijks ☐ Wekelijks ☐ Dagelijks of bijna dagelijks ☐

8. Hoe vaak kon je je het afgelopen jaar de gebeurtenissen van de avond voordien niet herinneren omdat je gedronken had?
   Nooit ☐ Minder dan maandelijks ☐ Maandelijks ☐ Wekelijks ☐ Dagelijks of bijna dagelijks ☐

9. Raakte jij zelf of iemand anders ooit gewond ten gevolge van je drinkgedrag?
   Nooit ☐ ja, maar niet in het afgelopen jaar ☐ ja, in het afgelopen jaar ☐

10. Heeft een vriend, dokter of andere gezondheidswerker zich ooit zorgen gemaakt over je drinken of je aangeraden minder te drinken?
    Nooit ☐ ja, maar niet in het afgelopen jaar ☐ ja, in het afgelopen jaar ☐

X 1 =	x 2 =	x 3 =	x 4 =

totaal=

* Met een standaardeenheid bedoelen we een glas dat ongeveer 12 gram alcohol bevat. Voor bier is dat een glas van 25cc, voor wijn een glas van 12cc en voor gedestilleerde dranken een glas van 5cc

De Audit

De Alcohol Use disorders Identification test werd ontwikkeld door de Wereldgezondheidsorganisatie. De lijst bestaat uit 10 vragen. De AUDIT laat ook toe om lichtere alcoholproblemen op te sporen.

Scoring

- Aan de antwoorden wordt telkens een score van 0 tot 4 toegekend, waarbij het antwoord dat helemaal links staat een score 0 krijt en het uiterst rechtse antwoord een score van 4 krijgt.
- Uitzonderingen: bij vraag 9 & 10 scoort het linkse antwoord 0, het middenste 2 en het rechtse 4!
- Nadat de antwoorden omcirkeld werden (slechts één antwoord per vraag mogelijk), kunnen de punten samengeteld worden.

Uitleg van de scores

- Je score is tussen 1 en 7:

Je hebt geen problemen met drinken van alcohol. Je drinkt waarschijnlijk een paar eenheden in de week, maar dit geeft je geen problemen in de omgang met anderen. Als je score 6 à 7 is, besteed dan wat aandacht aan de hoeveelheid die je drinkt, want misschien heeft je alcoholconsumptie reeds enige invloed op je omgeving.

- Je score is tussen 8 en 20:

Deze score betekent dat je drinkgedrag gevaarlijk en schadelijk aan het worden is. Waarschijnlijk drink je elke dag, en voel je je daar soms schuldig over; of heb je soms black-out.
Eens je gestart bent met drinken, vind je het moeilijk om te stoppen, en het kan zijn dat je drinkgedrag ervoor zorgt dat je niet doet wat je verondersteld bent te doen.
Mogelijks heb je door je alcoholgebruik al menselijke schade berokkend.

- Je score is tussen 21 en 40:

Je drinkgedrag is uiterst risicovol, en waarschijnlijk zijn alle vragen in de test jou zeer bekend. Op sommige dagen geraak je je bed niet uit, en het drinken beheerst je leven. Waarschijnlijk heb je ook lichamelijke problemen die het resultaat zijn van je overmatige alcoholconsumptie.

Bijlage 3: DE CAGE

De CAGE is een screeningstest (Vlaamse versie, Aertgeerts, 2001), goed bruikbaar in de eerste lijnszorg.
Het woord 'CAGE' is een acroniem voor:
C - Cut Down,
A - Annoyed,
G - Guilty,
E - Eye-opener.

Wanneer iemand bevestigt dat hij regelmatig drinkt, kan het stellen van volgende 4 vragen een indicatie geven voor een alcoholprobleem:

1. Heeft u weel eens gedacht het alcoholgebruik te moeten minderen?
   Cut down

2. Heeft u zich ooit wel eens vervelend of geïrriteerd gevoeld over opmerkingen van anderen over uw alcoholgebruik?
   Annoyed

3. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over iets wat u gedaan heeft toen u had gedronken?
   Guilty

4. Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om u rustiger te voelen of om minder last te hebben van trillende handen of misselijkheid?
   Eye-opener

Scoring: vanaf twee positieve antwoorden is er een aanduiding voor de aanwezigheid van alcoholafhankelijkheid.

Bijlage 4: de FIVE-SHOT

(Seppa, 1998; Vlaamse versie, Aertgeerts, 2001)

1. Hoe vaak drinkt u alcohol?
   ☐ nooit ☐ minstens 1 x maand ☐ 2 à 4 x maand ☐ 2 à 3 x per week ☐ 4 x per week of +

2. Hoeveel glazen alcohol nuttigt u gedurende een gewone dag?
   ☐ 1 à2 ☐ 3 à 4 ☐ 5 à 6 ☐ 7 à 9 ☐ 10 of meer

3. Raakt u wel eens geïrriteerd door opmerkingen van anderen over uw alcoholgebruik?
   ☐ neen ☐ ja

4. Heeft u zich wel eens schuldig gevoeld over uw drinken?
   ☐ neen ☐ ja

5. Hebt u wel eens direct na het opstaan gedronken om de zenuwen de baas te worden of van een kater af te komen?
   ☐ neen ☐ ja

Score: X 0 x 0,5 x 1 x 1,5 x 2

De eerste twee vragen komen uit de AUDIT, de laatste drie uit de CAGE.
Bij een totaal van 2,5 of meer scoort de cliënt positief voor alcoholmisbruik of -afhankelijkheid (DSM-IV).

Bijlage 5: T-ACE

T-ACE

- **T Tolerance**: How many drinks does it take to make you feel high?
- *A* Have people **Annoyed** you by criticizing your drinking?
- **C** Have you ever felt you ought to **Cut down** on your drinking?
- **E eye opener**: Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover?

Meer dan twee als antwoord op de eerste vraag betekent twee punten; een positief antwoord op de andere vragen betekent telkens één punt. De test is positief bij een score van twee of meer punten.

De T-ACE (Sokol, 1989)

Bijlage 6: TWEAK

TWEAK

- Tolerance: How many drinks can you hold?
- Have close friends or relatives WORRIED or complained about your drinking in the past year?
- EYE OPENER: Do you sometimes take a drink in the morning when you first get up?
- AMNESIA: Has a friend or family member ever told you about things you said or did while you were drinking that you could not remember?
- Do you sometimes feel the need to C(K)UT DOWN on your drinking?

Een positief antwoord op de twee eerste vragen levert telkens twee punten op, een positief antwoord op de drie andere vragen één punt. Een totaalscore van twee of meer punten is een aanduiding voor een alcoholprobleem bij deze vrouw.

De TWEAK (Russell, 1997)

Bijlage 7: DAST-10 (problematisch druggebruik)

Gebruik je meer dan één drug tegelijkertijd?
❑ JA
❑ NEEN

Kan je altijd stoppen met druggebruik wanneer je dat wilt?
❑ JA
❑ NEEN

Heb je "blackouts" of "flashbacks" gehad als gevolg van druggebruik?
❑ JA
❑ NEEN

Voel je je soms slecht of schuldig over je druggebruik?
❑ JA
❑ NEEN

Klaagt je partner (of klagen je ouders) soms over je druggebruik?
❑ JA
❑ NEEN

Heb je je familie verwaarloosd omwille van je druggebruik?
❑ JA
❑ NEEN

Ben je betrokken geweest bij illegale activiteiten om drugs te verkrijgen?
❑ JA
❑ NEEN

Heb je ooit ontwenningssymptomen ervaren (zich ziek voelen) wanneer je gestopt was met inname van drugs ?
❑ JA
❑ NEEN

Heb je medische problemen gehad ten gevolge van je druggebruik (geheugenverlies, hepatitis, stuipen, bloedingen, ...)?
❑ JA
❑ NEEN

Heb je andere drugs gebruikt dan die nodig voor medische redenen?
❑ JA
❑ NEEN

Elke dichotome DAST-vraag krijgt volgende score per antwoordcategorie:

neen	0
ja	1

De DAST-10-score bereken je door de scores van alle vragen op te tellen. Zo kom je per respondent aan een score tussen 0 en 10. Om deze scores te interpreteren, hanteerden we volgend schema:

0	geen problemen
1-2	beperkt risico op problemen
3-5	vrij hoog risico op problemen
6-10	hoog risico op problemen

Bijlage 8: Het Limburgs Screeningsinstrument Drugs (LSD)

De volgende vragen gaan over uw gebruik of misbruik van drugs. Met drugsmisbruik bedoelen wij "het gebruik van voorgeschreven middelen op een andere manier dan de geneesheer voorgeschreven heeft, het overmatig gebruik van niet-voorgeschreven medicaties en het gebruik van middelen zoals cannabis, cocaïne XTC, speed, heroïne LSD, methadon,...". Het gaat hier niet over alcoholgebruik.
Lees elke vraag aandachtig en maak het gepaste bolletje zwart.

1	Heb je ooit vrienden of vriendinnen verloren wegens jouw middelengebruik?	☐ ja	☐ neen
2	Gebruik je soms verschillende middelen tegelijk?	☐ ja	☐ neen
3	Raak je de laatste jaren soms overstuur?	☐ ja	☐ neen
4	Heb je ooit gevochten terwijl je onder invloed was van middelen?	☐ ja	☐ neen
5	Denk je de laatste jaren dat er bij jou verstandelijk iets hapert?	☐ ja	☐ neen
6	Heeft je middelengebruik ooit problemen veroorzaakt tussen jou en je beste vrienden?	☐ ja	☐ neen
7	Het je ooit problemen gehad oop je werk of school wegens middelengebruik?	☐ ja	☐ neen
8	Heb je ooit diefstallen, inbraken of overvallen gepleegd om aan geld voor drugs te geraken?	☐ ja	☐ neen
9	Heb je ooit gedeald om aan geld voor drugs te geraken?	☐ ja	☐ neen
10	Heb je ooit geneesmiddelen gebruikt, ook al was je niet ziek?	☐ ja	☐ neen
11	Heb je ooit een werk verloren of ben je ooit van school gestuurd wegens middelengebruik?	☐ ja	☐ neen
12	Heb je ooit hulp gezocht voor middelengebruik?	☐ ja	☐ neen
13	Als je wil stoppen met gebruik, lukt het je niet?	☐ ja	☐ neen
14	Ben je ooit in een ziekenhuis beland door middelengebruik?	☐ ja	☐ neen
15	Ben je ooit omwille van je gedrag, terwijl je onder invloed was van middelen, ondervraagd of opgepakt door de politie of rijkswacht?	☐ ja	☐ neen
16	Heb je ooit gesprekken gehad met mensen uit de drughulpverlening over jouw middelengebruik?	☐ ja	☐ neen
17	Heb je ooit gesjoemeld met geneesmiddelenvoorschriften?	☐ ja	☐ neen

18 Heb je ooit het contract met je familie verwaarloosd wegens middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

19 Is het ooit voorgevallen dat je je bepaalde gebeurtenissen niet meer kon herinneren door middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

20 Is het ooit voorgevallen dat je spontaan tripeffecten beleefde door middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

21 Is het ooit voorgevallen dat je verward was door middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

22 Heb je je al eens slecht gevoeld bij het stoppen van middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

23 Gebruik je regelmatig middelen? ☐ ja ☐ neen

24 Maken mensen uit je omgeving zich wel eens zorgen om jouw middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

25 Ben je ooit door politie of rijkswacht met je fiets, brommer of auto tegengehouden terwijl je onder invloed was van middelen? ☐ ja ☐ neen

26 Maken mensen uit je omgeving zich wel eens druk over je middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

27 Heb je middelen nodig om de week door te geraken? ☐ ja ☐ neen

28 Heb je ooit lichamelijke problemen (bv. Geheugenverlies, stuiptrekkingen, leverontsteking…) gehad door middelengebruik? ☐ ja ☐ neen

29 Is ooit iemand uit je omgeving hulp gaan vragen omdat er problemen waren door jouw gebruik? ☐ ja ☐ neen

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst

Totaal aantal ja= ________________

Normering

Aangezien het om een screeningsinstrument gaat en omwille van praktische bruikbaarheid kozen we voor de eenvoudige normering met een cutt-off score. Deze ligt bij de score 15 à 16. Een totaalscore van 16 of hoger wijst op misbruik of afhankelijkheid van drugs. Een totaalscore van 15 of lager staat voor experimenteel gebruik van illegale drugs.
Deze cutt-off score biedt een vrij goede sensitiviteit en specificiteit. De vals positieven en vals negatieven zijn beperkt*.

	Question	Content domain	Response alternatives
Q1	In your life, which of the following substances have you ever used?(tobacco products, alcoholic beverages, cannabis, cocaine, stimulants, inhalants, sedatives/hypnotics, hallucinogens, opioids, and 'other drugs'; non-medical use only)	Life-time use	0 = No, 1 = Yes
Q2	In the past 3 months, how often have you used the substances you mentioned?	Current use	0 = Never 1 = Once or twice 2 = Monthly 3 = Weekly 4 = Daily or almost daily
Q3	During the past 3 months, how often have you had a strong desire or urge to use (first drug, etc.)?	Dependence	0 = Never 1 = Once or twice 2 = Monthly 3 = Weekly 4 = Daily or almost daily
Q4	During the past 3 months, how often has your use of (first drug, etc.) led to health, social, legal or financial problems?	Problems	0 = Never 1 = Once or twice 2 = Monthly 3 = Weekly 4 = Daily or almost daily
Q5	During the past 3 months, how often have you failed to do what was normally expected of you because of your use of (first drug, second drug, etc.)?	Problems	0 = Never 1 = Once or twice 2 = Monthly 3 = Weekly 4 = Daily or almost daily
Q6	Has a friend or relative or anyone else ever expressed concern about your use of (first drug, etc.)?	Problem	0 = No, never 2 = Yes, in the past 3 months 1 = Yes, but not in the past 3 months
Q7	Have you ever tried to control, cut down or stop using (first drug, etc.)?	Dependence	0 = No, never 2 = Yes, in the past 3 months 1 = Yes, but not in the past 3 months

Q8	Have you ever used any drug by injection (non-medical use only)?	Risk	0 = No, never 2 = Yes, in the past 3 months 1 = Yes, but not in the past 3 months

Bijlage 10: Schema met de detectieperiodes van drugs en drugmetabolieten in urine

Drug	**Detectieperiode in urine**
Cannabis THC, sporadisch gebruiker	1 tot 3 dagen
Cannabis THC, chronisch gebruiker	Enkele weken
Amfetamines	1 tot 3 dagen
Barbituraten	Kortwerkende: 1 dag, langwerkende: 1 tot 3 weken
Benzodiazepines	5 tot 7 dagen
Cocaïne	1 tot 3 dagen
Opiaten	1 tot 3 dagen
Methadon	1 tot 3 dagen
Phencyclidine (PCP)	1 tot 3 dagen
LSD	Minder dan 1 dag

Overgenomen uit: Drug Abuse Handbook, Steven B. Karch (ed.) Hoofdstuk 10 Workplace testing, Caplan & Huestis (p 731-p 754). CRC Press, Boca Raton (2007).

Bijlage 11
De 'Readiness to Change' Questionnaire. Nederlandse vertaling.

1. Helemaal niet mee eens.
2. Niet mee eens.
3. Niet mee eens, niet mee oneens.
4. Mee eens
5. Helemaal mee eens.

	Omschrijving	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	Ik vind dat ik teveel alcohol/drugs gebruik					
2	Ik probeer nu minder alcohol/drugs te gebruiken dan ik gewend ben. ('minder' kan zijn 'niets': ik probeer geen drugs meer te gebruiken)					
3	Ik geniet van alcohol/drugs maar soms gebruik ik teveel					
4	Soms denk ik dat ik minder alcohol/drugs zou moeten gebruiken ('minder' kan zijn 'geen': Soms denk ik dat ik geen drugs zou moeten gebruiken)					
5	Nadenken over mijn alcohol/drugs gebruik is tijdverspilling					
6	Ik heb sinds kort mijn alcohol/druggebruik veranderd (Veranderd wil zeggen verminderd)					
7	Iedereen kan makkelijk zeggen iets aan hun alcohol/druggebruik te doen, maar ik doe er echt iets aan.					
8	Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken over minder alcohol/drugs gebruiken. ('minder' kan zijn 'geen': Ik ben in de fase waarin ik zou moeten nadenken geen drugs meer te gebruiken)					
9	Mijn alcohol/druggebruik is soms problematisch					
10	Het is voor mij nodig na te denken over het veranderen van mijn alcohol/druggebruik					
11	Ik ben op dit moment bezig mijn alcohol/druggebruik te veranderen.					
12	Minder alcohol/drugs gebruiken heeft voor mij zin. ('minder' kan ook zijn 'geen': Geen alcohol/drugs gebruiken heeft voor mij zin)					
	Somscore					

Leg de transparant op de door de cliënt ingevulde vragenlijst om te bepalen of de cliënt zich in de voorbeschouwings-, beschouwings- of actiefase bevindt.

Aantal antwoorden in :

Aantal antwoorden in :

Aantal antwoorden in :

Indien de cliënt voornamelijk antwoorden geeft die zich in de

zone bevinden, zit hij in de voorbeschouwingsfase.

Indien de cliënt voornamelijk antwoorden geeft die zich in de

zone bevinden, zit hij in de beschouwingsfase.

Indien de cliënt voornamelijk antwoorden geeft die zich in de

zone bevinden, zit hij in de actiefase.

Geraadpleegde literatuur

Aalto, M., Seppa, K., Mattila, P., Mustonen, H., Ruuth, K.,Hyvarinen, H., Pulkkinen, H., Alho, H. & Sillanaukee, P. (2001) Brief intervention for male heavy drinkers in routine general practice: a three-year randomized controlled study. *Alcohol and Alcoholism*, 36, 224–230.

Aolto, M., Pekuri., & Seppa, K. (2003). Obstacles to carrying out brief interventions for heavy drinkers in primary care: a focus group study. *Drug and Alcohol Review*, 22, 169-173.

Aertgeerts, B., Buntinx, F., Ansoms, S., & Fevery, J., (2001) Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206-217.

Allen, J.P. and R.Z. Litten, The role of laboratory tests in alcoholism traetment, *Journal of Substance Abuse Treatment 20 (1):81-85,2001*

Anderson, P. (1985) Managing alcohol problems in general practice, *British Medical Journal*, 290, 1873–1875.

Anderson, P., & Scott, E. (1992). The effect of general prationer's advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction*, 87, 891-900.

Anderson, P., Laurant, M., Kramer, E., Wensing, M. (2004). Engaging general practioners in the management of hazardous and harmful alcoholconsumption: Results of meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 191-199.

Anderson, P., Baumberg, B., & McNeill, A., (2005). *Alcohol in Europe*. Report to the European Commission.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV), Vert.door G.A.S Koster-Van Groos. *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV.* Lisse: Swets & Zeitlinger,

American Psychiatric Association (2006*) Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders*. 2nd edition.
http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SUD2ePG_04-28-06.pdf

Autrique M., Vanderplasschen W., Pham T., Broekaert E., Sabbe B. (2007) *Evidence-based werken in de verslavingszorg : een stand van zaken.* Academia Press, Gent.

Babor T., Alcohol-related problems in primary health care settings; a review of early intervention strategies, in *British Journal of Addictions*, 1986, 23-46.

Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health Res World.* 1989;13:371-374.

Babor, T. F. & Grant, M. (1992) *Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems. Report on Phase II*: *A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Care.* Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Babor, TF. Avoiding the horrid and beastly sin of drunkenness: does dissuasion makes a difference? *Journal Consult Clinical Psychology* (1994); 62; 1127-40.

Babor, T.F. (2002). Is there a need for an international screening test? The Middle East as a case in point. In: Isralowitz, R., & rawson, R., eds. *Drug Problems, Cross Cultural Policy and Program Development,* pp 165-179. Westport, CT: Auburn House.

Baer, J.S., Stacy, A., & Larimer,M. (1991). Biases in the perception of drinking norms among college students. *Journal of studies on Alcohol*, 52, 580-586.

Baker A, Boggs TG, Lewin TJ. Randomized controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. *Addiction* 2001;96:1279– 87.

Ballesteros, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, I. & Arino, J. (2004) Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction, 99(1), 103-108.*

Bashir, K., King, M., & Ashworth, M., (1994). Controlled evaluation of brief intervention by general practioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *The British Journal of General Practice*, 44, 408-412.

Couvee, J., Oude-Voshaar, R van Balkom, A., & Zitman, F. (2006). Strategies to discontinue long tterm benzodiazepine use. *The British Journal of Psychiatry*, 189, 213-220.

Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S. & Hingson, R. (2005) Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin. *Drug and Alcohol Dependence, 77, 49-59*

Bertholet, N., Daeppen, J-B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B., (2005) Brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis, *Archives of Internal Medicine*, 165, 986-995.

Blume A., W., Marlatt G., A.(2004) Motivational enhancement as a brief intervention of college student drinkers. In: *Handbook of Motivational Counseling.* Cox W., M., Klinger E., (eds). John Wiley &Sons, Ltd, West Sussex UK.

Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315 – 35.

Brown, R., L., & Rounds, L., A. (1995) Conjoint screening questionnaires for alcohol and otherv drug abuse; criterion validity in a primary care practice. *Wisconsin Medical Journal* 94, 135-140.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M. The efficacy of motivational interviewing; a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 2003; 71: 843-61.

Calle P., A, Damen J., De Paepe K., Monsieurs G., Buylaert W.,(2006) A survey on alcohol and illicit drug abuse among emergency department patients. *Acta Clinica Belgica*,; 61-64.

Canning U. (1999) Substance misuse in acute general medical admissions. *Quarterly Journal of Medicine,* 92, 319-326.

Carey, K. B. (1995) Alcohol related expectancies predict quantity and frequenty of heavy drinking among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9, 236-241.

Caroll KM, Libby B, Sheehan J, Hyland N. (2001) Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *American Journal of Addictions* ; 10: 335-9.

Casselman J. (1996) *Met vallen en opstaan: motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugproblemen.* Garant, Leuven/Apeldoorn.

Collins, R.L, Parks, G.A, & Marlatt G.A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 53, 189-200.

Commonwealth Department of Health an Aged care 2000, *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health- A Monograph*, Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth department of health an Aged Care, Canberra

Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomised controlled trial of brief interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001;21:55 – 64.

Copeland, J., Martin G. Web-based interventions for substance use disorders: a qualitative review. *Journal of Substance Abuse Treatment* 26 (2004) 109-116.

Crawford, M., et al. (2004) Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department : A pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*, 364, 1334-1339.

Cuijpers, P., Riper, H., & Lemmens, L. (2004) The effects on mortality of brief interventions for problem drinking : a meta-analysis. *Addiction.* 99 839-845.

Cuijpers, P. & Schippers, G. M. 2002, "Integrating substance abuse treatment and prevention in the community", *Addictive Behaviors*, vol. 27, no. 6, pp. 847-849.

Cuijpers et al (2006). *Verslavingsspreventie: een overzichtsstudie. Programma Verslaving, deel 4.*Den Haag: ZonMW.

De Donder, E. (red.). (2006). *Alcohol. Cijfers in perspectief (1994-2004).* Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Defuentes-Merillas, C.A.J Dejong & Schippers G.M. (2002) Reliability and validity of the dutch version of the readiness to change questionnaire. *Alcohol & Alcoholism*, Vol.37, No 1, pp 93-99

De Jong, J., M., Schaap, C., P., D & Schippers G.M. (2002) Motivatie voor verandering; een Nederlandse versie van de University of Rhode Island Change Assessment (URICA-NL). *Diagnostiek-wijzer*, 5 (3), 114-122.

De Ruyver B., (1992) *Kansarmoede, druggebruik, criminaliteit.* Universiteit Gent

De Wildt W.A.J.M, (2000) *Leefstijltraining 1, handleiding voor de trainer.* Cure & Care publishers, Nijmegen

Doggett, C; Burrett, S.; Osborn, DA. (2005) Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem, *The Cochrane Library,* The Cochrane Collaboration Volume (1), 2006.

D'Onofrio G, Bernstein E, Bernstein J, et al. (1998) Patients with alcohol problems in the emergency department, part 1: improving detection: SAEM Substance Abuse Task Force. Society for Academic Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine.*;5:1200-1209.

D'Onofrio G, Nadel ES, Degutis LC, et al. Improving emergency medicine residents' approach to patients with alcohol problems: a controlled educational trial. *Annual Emergency Medicine.* 2002;40:50-62.

D'Onofrio, G., & Degutis, L., C. (20002) Preventive care in the emergency department : Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department : a systematic review . *Academic Emergency medicine* 9, 639-642.

Dunn, C., Deroo, L. & Rivara, F. P. (2001) The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.

Du Pont, R.L. (2005) Diagnostic Testing-Laboratory and Psychological in : *Textbook of Substance Abuse Treatment (second edition. Pp 521-527)* Galanter, M.,& Kleber, M.. The American Psychiatric Press, Washington.

DVG Nederlands Instituut voor Verantwoord Geneesmiddelengebruik (2005). *Hulpmiddelen bij het terugdringen van chronisch benzodiazepinegebruik. Utrecht.*

Edwards, G., Arif, A. & Hodgson, R. (1981) *Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A WHO memorandum.* Bulletin of the World Health Organization, 59(2), 225-242

Emmen, M.J., Schippers, G.M., Bleijenberg, G., & Wollersheim, H. (2004). Effectiveness of opportunistic brief interventions for problem drinking in a general hospital setting: systematic review. *British Medical Journal 328 (7435),* 318-320.

Ewing, J.A., detecting Alcoholism: The Cage Questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252(14):1905-1907,1984

Fiellin, D. A., Carrington, R. & O'Connor, P. G. (2000) Screening for Alcohol problems in primary care, a systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1977-1989.

Fleming, M. F. (1993) Screening and brief intervention for alcohol disorders. *Journal of Family Practice*, 37, 231–234.

Fleming, M., F., Barry, K., L., Manwell, L., B, Johnson, K.,& London, R. (1997) Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a rondomized controlled trial in community based primary care practices. *Journal of American Medical Association*, 277, 1039-1045.

Fleming, M., & Manwell, L. B. (1999) Brief intervention in primary care settings: a primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Research and Health,* Vol. 23, no 2, pp 128-137.

Fleming, M., Mundt, M., O., French, M. T. et al (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 36-43.

Friedman, A.S., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the trzeatment of adolescent drug abusers: the Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) Instrument. *Journal of Drug Education* 19, 285-312.

Garmyn, B., Pas, L., & Wertelaers, A. (1998) Hoofdstuk België in: World Health Organisation Phase III: Collaborative Study on implementing and supporting intervention strategies in primary health care. Report on Strand I: General practioner's current practices and perceptions of preventive medicine and intervention for hazeardous alcohol use. A 16-country study. (pp29-44)

Gossop M., (2006) *Treating drug misuse problems: evidence and effectiveness*. National Treatment Agency for Substance Abuse (NHS).

Görgen W (2004). *Frühinterveion bei estrauffälligen Drogenkosumenten* - FredD.

Gual, A., Segura, L., Contel, M., Heathet, N., & Colom, J., (2002) Audit-3 and Audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism,* 37 (6), 591-596.

Health Development Agency (2002) The Fast Alcohol Screening test. http://www.had-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf

Heather, N. (1986) Minimal treatment intervention for problem drinkers. In: Edwards, G., ed. *Current Issues in Clinical Psychology*, pp. 171–186. London: Plenum Press.

Heather, N. (1989) Psychology and brief interventions. *British Journal of Addiction*, 84, 357–370.

Heather, N. (1995) Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution, *Alcohol and Alcoholism*, 30, 287– 296.

Heather, N. (1996) The public health and brief interventions for alcohol problems
Institute of Medicine. *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

Heather, N. (2001) Brief interventions for substance use disorders other than alcohol (commentary), *Addiction 96 (9): 1511-1512*

Heather N. (2002) Effectiveness of brief interventions proved beyond reasonable doubt. *Addiction*; 97:293 – 4.

Heather, N., (2004) Brief Interventions (117-138) in *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. Editors Heather, Stockwell, T. John Wiley & Sons Ltd.

Hester, R. (1995) Behavioral self-control training. In: Hester, R. & Miller, W. (eds.) (1995) *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. New York: Allyn & Bacon, 148-159.

Hodgson R., Abbasi, T., Hodgson, RC., Walter, S., Thom, B., Newcombe, RG.. Fast screening for alcohol misuse. *Addiction Behaviour* (2003): 28: 1453-63.

Institute of Medicine (IOM) (1990*) Broadening the Base of Treatment of Alcohol Problems* National Academy Press, Washington DC.

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E., Wang, M.C. (1999) Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67(4), 563-570.*

Jansen, H., Meerkerk, G-J., van de Wetering, B., & van de Mheen, D. (2005) Specialistisch spreekuur voor alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. *Verslaving: tijdschrift over verslavingsproblematiek,* jaargang 1 nummer 2.

Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Kristen, L., B,. (2003) *Brief interventions and brief therapies for substance abuse*. Treatment Improvement Protocol Series no 34. U.S Department of Health and Human Services. Rockville.

Kypri, K., Saunders, J., B., Williams, S., M., McGee, R., O., Langley, J., D., Cashell-Smith,M., L., GallagfherS., J. (1999) Web-based screening and brief intervention for hazardous drinking: a double blind randomised controlled trial. *Addiction*, 99, 1410-1417.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2005) *Evidence- based richtlijn ontwikkeling. Handleiding voor werkgroepen.*
http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/handl_totaal.pdf

Kypros Kypri, Thiagarajan Sitharthan, John A.Cunningham, David J Kavanagh, Johanna I Dean. (2005) Innovative approaches to intervention for problem drinking. *Current Opinion in Psychiatry*, 18: 226-234.

Lambrechts, M-Cl. (2001) Motivationele technieken in de werksituatie (pp 105-120) in: *Verslaving en motivationele gesprekstechnieken. Handboek: Het motivationele gesprek*. J-P, Broothaerts, M. Tack (red) (2001). Leuven-Apeldoorn, Garant.

Larimer, M. E. (1992). *Alcohol and the Greek system : An exploration of fraternity and sorority drinking.* Unpublished doctoral dissertation, University of Washington, Seattle.

Maly, R. C. (1993). Early recognition of chemical dependence. *Primary Care* 20, 33-50.

Matthys, F., (2004) Screening, vroegdetectie en diagnostiek. In: *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik (p 39-59).* Ansoms, S., Casselman, J., Matthys, F., Verstuyf, G., (red). Garant, Antwerpen-Apeldoorn.

McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brian C. P., & Woody, G. E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients; the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Diseases,* 168, 26-33.

McPherson, T.L., & Hersh, R.K. (2000) Brief substance abuse screening instruments for primary care settings; a review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 193-202.

Miller, W.R., (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-172.

Miller, W., Rollnick, S., (1989)*Motivational Interviewing.* New York/London, Guilford Press.

Miller WR, Wilbourne PL. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction* 2002;97:265 – 77.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing.* New York: Guilford Press.

Miller, W.R., Sovereign, R.G. (1989). The Check-Up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T. Loberg, W.R Miller, P.E Nathan, & G.A Marlatt (EDS), *Adictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp 219-231). Amsterdam: Swets & Swetslinger.

Miller, W.R. & Sanchez, V. (1994) Motivating young adults for treatment and lifestyle change; IN; Howard, G., Nathan, P., (eds) *Alcohol use and misuse by young adults*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2005) *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op gedragsverandering.* Uitgeverij Ekklesia.

Monti PM, Colby SM, Barnett NP et al. Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999;67:989 – 94.

Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non treatment- seeking populations. *Addiction* 2002;97:279 – 92.

Mrazek, P., Haggerty, R. (ed))(1994); *Reducing risks for mental disorders*. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington D.C.

Myers, M. G., Brown, S. A., Tate, S., Abrantes, A. & Tomlinson, K. (2001) Toward brief interventions for adolescents with substance abuse and comorbid psychiatric problems. In: Monti, P. M., Colby, S. M. & O'Leary, T. A., eds. *Adolescents, Alcohol, and*

Neighbors C, Larimer ME, Lewis MA. (2004) Targeting misperceptions of descriptive drinking norms: efficacy of a computer-delivered personalized normative feedback intervention. *Journal. Consulting and Clinical Psychology*, 72, 434-447.

Ockene, J. K., Adams, A., Hurley, T., Wheeler, E. & Hebert, J. R. (1999) Brief physician- and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinkers: does it work? *Archives of Internal Medicine*, 159, 2198–2205.

Peters,R. H., & Bartoi, M. G. (1997). *Screening and assessment of co-occuring disorders in the justice system.* Unplublished manuscript, Florida: National GAINS Center.

Poikolainen, K. (1999) Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Preventative Medicine*, 28, 503–509.
Psychology, 68, 898–908.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C C. (1983). Stages and processes of self-change os smoking : Towards an integrative model of change. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Raes, V., Lombaert, G., & Keymeulen, R. (2004). De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van Europasi vraaggesprekken, aangepast voor België-Vlaanderen. Versie 2004. Gent: De Sleutel dienst wo.

Rietdijk, E. (1999). *Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaafden: een review van de empirische evidentie.* AIAR: Amsterdam.

Rigter H., van Gageldonk A., Ketelaars T., van Laar M. (2004) *Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies.* Trimbos-Instituut, Utrecht.

Rigter, H. (2006) *Cannabis: preventie en behandeling bij jongeren.* Trimbos-Instituut, Utrecht.

Roche AM, Hotham ED, Richmond RL. The general practitioner's role in AOD issues: overcoming individual, professional and systemic barriers. *Drug Alcohol Rev* 2002;21:223 – 30.

Rogers, C., R. (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In: S. Koch (red), *Psychology: The study of a science, Vol.3: Formulations of a person and the social contexts.* New York, 184-256.

Rollnick S, Miller WR. (1995) *What is motivational interviewing*? Behavioral Cognitive Psychotherapy ;23:325 – 34.

Rosiers, J., Van Hal, G. (2007). Bevraging van de AUHA-studenten over hun middelengebruik en daarmee verwante aspecten: de onderzoeksresultaten in: *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik bij Antwerpse studenten.* G. Van Hal, (ed.), J. Rosiers, I. Bernaert en S. Hoeck, S. (2007). Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

Royal Colleges (1995). *Alcohol and the heart in perspective; sensible drinking reaffirmed. Report of a joint working group of the Royal College of Physicians, the Royal College of Psychiatrists and the Royal College of General Practioners.* London: Royal College of Practioners.

Royal College of Physicians (1987). *"A great and growing evil: the medical consequences of alcohol abuse.* London: Royal College of Physicians.

Russell, M., A.W.K. Chan and P.Mudar, Gender and screening for alcohol-related problems. In: Wilsnack, R.W. and S.C. Wilsnack,eds, *Gender and Alcohol: Individual and Social Perspectives.*New Brunswick, NJ:Rutgers Center of Alcohol Studies, 1997. pp. 417-444.

Saunders B, Wilkinson C, Phillips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. *Addiction* 1995;90:415 – 24.

Saunders JB, Aasland OG, Amundsen A, et al. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–I. *Addiction*. 1993;88:349-362.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption–II. *Addiction*. 1993;88:791-804.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. *WHO Collaborative Project on the Identification and Treatment of Persons with Harmful Alcohol Consumption: Report on Phase I: Development of a Screening Instrument.* Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1987.

Saunders, J. et al (1993) Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*; 88, 791-804.

Saunders J., & Wutzke, S. (1998) *World Health Organisation Phase III: Collaborative Study on implementing and supporting intervention strategies in primary health care. Report on Strand I: General practioner's current practices and perceptions of preventive medicine and intervention for hazeardous alcohol use. A 16-country study.* World health organisation, Geneva.

Saunders, J.B, Kypri, K., Walters, S.T., Laforge, R.G., Larimer, M.E. (2004) Approaches to brief intervention for hazardous drinking in young people. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*; Vol 28, Issues 2, pp 332.

Schippers, G.M., Brokken, L.C.M.H, & Otten, J.W.M. (1994b). *Doorlichting, Voorlichting Alcoholgebruik. Handleiding.* Nijmegen, Nederland: Bureau beta.

Schuckit,M.A., T.L.Schmith, R.Anthenelli & M.Irwin, Clinical course of alcoholism in 636 male inpatients, *American Journal of Psychiatry,*150, 786-792, 1993.

Seppa K, J. Lepisto and P. Sillanaukee , Five-Shot Questionnaire on Heavy Drinking. *Alcohol Clinical Experimental Research* 22:1788-1791, 1998; nagekeken in het Nederlands door B. Aertgeerts

Skinner, H.A. and J.L.Horn, *Alcohol Dependence Scale (ADS) user's guide*, Toronto: Addiction Research Foundation, 1984

Sokol, R.J., S. Martierand J.W. Ager, The T-ACE questions: Practical prenatal detection of risk-drinking, *American. Journal of . Obstetrics and . Gynecology* 160(4):830-870, 1989.

Steinbauer, J.R., S.B.Cantor, C.E.Holzer and R.J.Volk, Ethnic and sex bias in primary care screening tests for alcohol use disorders, *Annals of Internal Medicine* 129(5):353-362,1998

Stephens RS, Roffman RA, Curtin L. (2000) Extended versus brief treatment for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;68:898 – 908.

Stephens, R. S., Roffmaan, R. A. & Curtin, L. (2000) Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use, *Journal of Consulting and Clinical Substance Abuse: Reaching Teens Through Brief Interventions*, pp. 275–296. New York: Guilford Press.

Sullivan, E., Fleming M., (1997) *A guide to substance abuse services for primary care clinicians. Treatment Improvement Protocol (TIP no. 24) Series*. U.S Department of health and Human Services. Rockville.

Tabakoff B., & Hoffman P. (1995*) Biological aspects of alcoholism*. Hogrefe & Huber P ublishers, Seattle/Toronto/Bern/Göttingen.

TACADE (1994), *Drug education for young offenders*. Manchester, The Advisory Council on Alcohol and Drug Education.

VAD (1998), *Werken met jonge gebruikers in groepscontext*. VAD, Brussel.

Van der Stel, J. *Handboek Preventie. Voorkomen van psychische problematiek en bevorderen van geestelijke gezondheid.* (2004). Koninklijke Van Gorcum., Assen.

Van Emst, A. Problemen met alcohol (1997).Trimbos-Instituut, Utrecht.

Van Hal, G. (ed.), Rosiers, J., Bernaert, I., & Hoeck, S. (2007). *In hogere sferen? Een onderzoek naar het middelengebruik bij Antwerpse studenten*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.

Verheul R. (1999) Effectiviteit van kortdurende interventies: een review van de empirische evidentie. In: Leefstijltraining 1, handleiding voor de trainer. De Wildt W.A.J.M, (2002) Jellinek. Cure & Care publishers, Nijmegen

Verstuyf G., & Tack M. (2004) Motiverende strategieën en terugvalpreventie als hefbomen voor gedragsverandering. In: *Hulpverlening bij problematisch alcoholgebruik* (p 123-161). Ansoms, S., Casselman, J., Matthys, F., Verstuyf, G., (red). Garant, Antwerpen-Apeldoorn.

Wallace, P., & Haines, A. (1988) Randomized controlled trial of genaeral practioner intervention with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal*, 297, 663-668.

Wilk, A.I., Jensen, N.M. & Havighurst, T.C (1997) Meta-analysis of randomised controlled trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Archives of Internal Medicine*, 12, 274-283.

WHO Brief Intervention Study Group. (1996) A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*; 86:948 – 55.

WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97, 1183-1194.

World Health Organisation (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; Clinical Descriptions and Diagnostical Guidelines.* Genova. World Health Organisation.

World health Organisation (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms.* Geneva, World healt Organisation.

Wetterling, T. & R.D.Kanitz, (1996). Clinical Value of laboratory findings in alcoholics, *European Addiction Research* 2, 140-146,

Wilk, A. I., Jensen, N. M. & Havighurst, T. C. (1997) Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers*, Journal of General Internal Medicine*, 12, 274–283.

Wutzke S., Conigrave K., Saunders J., & Hall W. (2002) The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow up. *Addiction*, 97, 665-675.